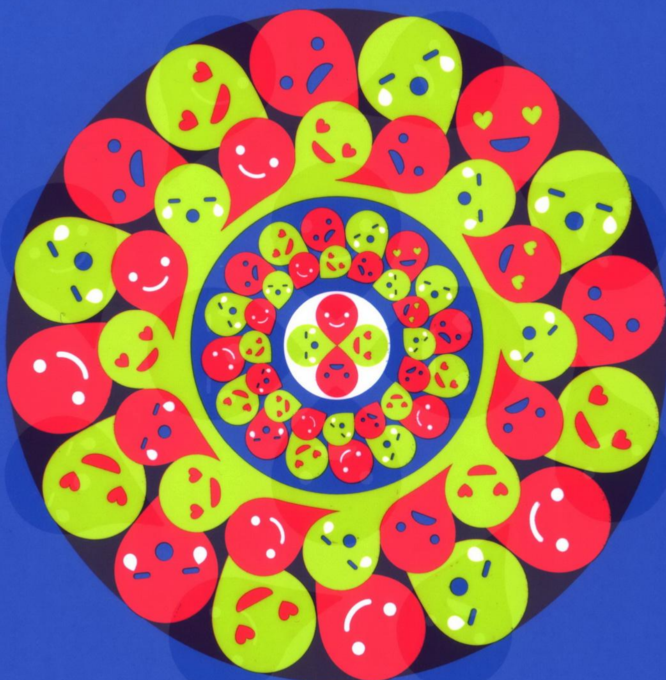
Lucrând cu emoția

în terapia psihodinamică, terapia cognitiv-comportamentală și terapia centrată pe emoții

Leslie S. Greenberg
Norka T. Malberg
Michael A. Tompkins



TREI

PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

Deși cercetătorii pot studia emoția în laborator, psihoterapia este un laborator relațional mult mai valid din punct de vedere ecologic. În psihoterapie, putem observa tipul de experiență emoțională și procesele emoționale care captează mai bine emoția trăită — respectiv, într-o manieră și la o intensitate care se manifestă pe măsură ce emoția afectează viața. Așa cum discutăm în această carte, provocarea în psihoterapie este de a surmonta limitările reprezentate atât de limbajul conceptual, cât și de descoperirile psihologiei experimentale, astfel încât să putem examina modul în care psihoterapeuții înțeleg și lucrează în realitate cu emoția în psihoterapie.

AUTORII

PSIHOLOGIE · PSIHOTERAPIE

Colecție coordonată de
Simona Reghintovschi

Leslie S. Greenberg Norka T. Malberg
Michael A. Tompkins

LUCRÂND CU EMOȚIA

ÎN TERAPIA PSIHODINAMICĂ, TERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALĂ ȘI TERAPIA CENTRATĂ PE EMOȚII

Traducere din engleză de
Raluca Hurduc



Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU

Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactare:
MANUELA SOFIA NICOLAE

Design și ilustrație copertă:
FABER STUDIO

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
MIHAELA GAVRILOIU

Corectură:
DUȘA UDREA-BOBOREL
IRINA MUȘĂTOIU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
GREENBERG, LESLIE S.
Lucrând cu emoția în terapia psihodinamică, terapia cognitiv-comportamentală și terapia centrată pe emoții / Leslie S. Greenberg, Norka T. Malberg, Michael A. Tompkins; trad. din engleză de Raluca Hurduc. – București: Editura Trei, 2020
Conține bibliografie
ISBN 978-606-40-0743-8

I. Malberg, Norka T
II. Tompkins, Michael A.
II. Hurduc, Raluca (trad.)

159.9

Titlul original: Working with Emotion in Psychodynamic, Cognitive Behavior, and Emotion-Focused Psychotherapy
Autori: Leslie S. Greenberg, PhD, Norka T. Malberg, Michael A. Tompkins, PhD

O.P. 16, Ghișeul 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e-mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-606-40-0743-8

Notă

Responsabilitatea pentru opiniile și afirmațiile publicate le revine autorilor. Prin urmare, acestea nu reprezintă politicile Asociației Americane a Psihologilor.

Cuprins

Introducere

Leslie S. Greenberg, Norka T. Malberg și Michael A. Tompkins

Emoția este esențială pentru ființa umană. Timp de mii de ani, ea s-a aflat într-un fel sau altul în centrul cercetărilor; cu toate acestea, după o anumită atenție acordată de psihologie (James, 1890; McDougall, 1926), a fost în mare parte ignorată de pionierii psihoterapiei (de exemplu, Freud, 1896/2014; Skinner, 1974). Arta și literatura s-au folosit de emoție în mod repetat: de pildă, poezia și muzica evocă emoții puternice și ne sporesc perceperea emoției ca element esențial al experienței umane (Frost, 1934; Justin și Sloboda, 2013). În deceniile trecute, în cadrul științelor — de la neuroștiințele afective la biologie și la studiile sociale și culturale — a apărut o schimbare substanțială, pe măsură ce cercetătorii au încercat să înțeleagă emoția (Damasio, 1999; Greco și Stenner, 2008; LeDoux, 1996, 2012; Panksepp, 1998). Abordările psihoterapeutice încorporează acum, din ce în ce mai mult, descoperiri din domeniile psihologiei emoției, din progresele psihologiei fiziologice și din alte părți. Aceste influențe au contribuit la colaborarea noastră în ceea ce privește scrierea acestei cărți — un exemplu, sperăm noi, pentru ceea ce

 înseamnă valoarea integrării psihoterapiei și extinderii colaborării interdisciplinare.

Procesul utilizării limbajului pentru etichetarea și identificarea diferitelor intensități ale emoției poate fi o întreprindere complexă și chiar riscantă. Folosirea limbajului pentru a face inteligibil ceea ce simțim era o adaptare evoluționistă, dar, în timp, a ajuns să și limiteze ceea ce experimentăm. Deseori oamenii creează narațiuni verbale care pot să nu capteze sentimentul încercat sau intensitatea experienței lor. În plus, emoția nu este singulară; mai curând, ea prezintă multe culori și straturi. Întrucât emoția este dinamică și în permanentă schimbare, este dificil să fie clasificată în categorii statice.

Deși cercetătorii pot studia emoția în laborator, psihoterapia este un laborator relațional mult mai valid din punct de vedere ecologic. În psihoterapie, putem observa tipul de experiență emoțională și procesele emoționale care captează mai bine emoția trăită — respectiv, într-o manieră și la o intensitate care se manifestă pe măsură ce emoția afectează viața (Greenberg, 2017; Whelton, 2004). Așa cum discutăm în această carte, provocarea în psihoterapie este de a surmonta limitările reprezentate atât de limbajul conceptual, cât și de descoperirile psihologiei experimentale, astfel încât să putem examina modul în care psihoterapeuții înțeleg și lucrează în realitate cu emoția în psihoterapie (Panksepp, Lane, Solms și Smith, 2017).

Deși diferitele modele de psihoterapie conceptualizează și lucrează cu emoția în moduri diferite, un prim obiectiv al tuturor școlilor de psihoterapie este de a ajuta oamenii să-și aline suferința emoțională, abordările psihoterapeutice făcând eforturi de a înțelege emoția și contribuția ei la experiența zilnică de a fi om. Multe trăsături ale modelelor sunt similare; cu toate

acestea, ele sunt frecvent considerate a fi mai diferite decât sunt poate în realitate. Poate că într-o zi, prin colaborări cum este cea de față, aceste modele vor fuziona, pentru a forma o perspectivă coerentă a emoției și vor cădea de acord asupra unei abordări care va ajuta persoanele afectate de probleme emoționale.

Trei perspective asupra emoției în psihoterapie

Această secțiune rezumă cunoștințele teoretice și practice, precum și rolul emoției în terapia psihodinamică, terapia cognitiv-comportamentală și cea centrată pe emoție. În capitolele următoare vom dezvolta aceste puncte prezentate aici succint.

Perspectiva psihodinamică asupra emoției

Pe tot parcursul istoriei sale, psihanaliza a considerat că emoțiile reprezintă o poartă spre semnificație în contextul relației terapeutice dintre un client — care de obicei ajunge în terapie cu un set de preocupări, probleme sau direcții în care se simte blocat — și un terapeut — care își aduce propria istorie emoțională în terapie. De obicei, un anumit nivel de durere psihică și emoțională constituie motivația inițială pentru căutarea psihoterapiei. Poziția inițială a terapeutului, de empatie și curiozitate, este o invitație adresată clientului de a găsi motivația de a colabora spre a spori autoobservarea și a explora gândurile dificile, în timp ce psihoterapeutul este pe deplin prezent, sprijinind clientul și „fiind împreună cu" el. Psihanaliza vede emoția apărând în contextul unei relații terapeutice construite pe încredere fundamentală și curiozitate autentică. Speranța este că o astfel

de explorare va adânci înțelegerea și gestionarea emoțiilor în contextul manifestării acestora în aici-și-acum, în cadrul contratransferului. Transferul este utilizat ca un fel de spațiu relațional imaginar în care terapeutul și clientul pot explora acele emoții. În acest context, emoția este gândită ca proces experiențial, un mod de a explora lumea interioară a clientului, cu toate autoreprezentările și reprezentările celuilalt, pe care clientul și le-a construit pe parcursul istoriei sale, în contextul relațiilor semnificative.

Tiparele comportamentale de atașament ale clientului sunt activate în cadrul relației terapeutice. Acest lucru pregătește scena pentru începerea explorării de către client a emoțiilor într-o situație potențial lipsită de stres și utilizează strategiile sale de coping obișnuite alături de emoțiile pe care le produc. În contextul acestei matrice relaționale, clinicianul psihodinamic caută oportunități pentru explorarea și manifestarea emoțiilor. Obiectivul principal este creșterea sentimentului siguranței și libertății personale. În acest mod, psihanaliza folosește emoțiile drept porți de intrare în psihicul și funcționarea clientului, invitându-l să revadă, retrăiască și proceseze emoțiile. Emoțiile devin o punte spre amintirile unui trecut pe care clientul îl poate retrăi în acel aici-și-acum al relației terapeutice. Psihoterapeutul de orientare psihanalitică nu mai este un ecran gol, așa cum este descris în mod tradițional; dimpotrivă, terapeutul se prezintă ca o persoană cu propriile sentimente și gânduri, care îl invită pe client să exploreze dialogul emoțional din cabinet, în timp ce el este atent la propria experiență emoțională în contextul unui mediu intersubiectiv creat de două psihicuri. Psihanaliza încearcă să ofere o nouă experiență de dezvoltare — una în care emoțiile pot fi exprimate în siguranță și abordate diferit,

împreună cu cineva care încearcă în mod autentic să mentalizeze experiența clientului, folosind strategii de reglare a afectului. Toate intervențiile psihodinamice lucrează cu emoția, având permanent în vedere procesele inconștiente. În centrul travaliului psihodinamic se află convingerea că însușirea emoțiilor și integrarea sentimentelor pozitive și negative au ca rezultat creșterea sentimentului de sine și a sentimentului general de control într-o relație.

Perspectiva cognitiv-comportamentală asupra emoției

Conform modelului cognitiv, modelul teoretic care susține terapia cognitiv-comportamentală (TCC), gândurile sau cognițiile, emoțiile și comportamentele sunt interconectate. Obiectivul TCC este de a-i învăța pe clienți deprinderi și strategii pentru gestionarea eficientă a problemelor pe care ei le aduc în terapie, în special strategii care le permit să-și schimbe sau modifice gândurile și convingerile inutile care le influențează reacțiile emoționale la evenimente interioare și exterioare. Mai departe, schimbarea emoțională se află în serviciul schimbării comportamentale. Deseori, aceste strategii includ crearea unor oportunități pentru clienți de a-și schimba comportamentul, de a obține informații noi și mai utile. Aceste noi informații inhibă sau contraatacă gândurile și convingerile inutile sau neadaptate. De exemplu, indivizii cărora le e frică să urce cu liftul, dar care folosesc liftul cu toate acestea se vor teme cu timpul din ce în ce mai puțin, pentru că vor învăța că lifturile nu sunt așa de periculoase cum le percep ei.

TCC include o serie de strategii, indiferent de problemă, care utilizează emoția pentru atingerea obiectivului general, acela de

a ajuta clienții să trăiască pe deplin și eficient. Psihoeducația joacă un rol important în susținerea schimbării psihice. Terapeuții cognitiv-comportamentali își ajută clienții să înțeleagă emoția și rolul acesteia în problemele care îi determină să vină în terapie. În faza timpurie a TCC, obiectivul principal este sporirea inteligenței emoționale a clientului. Deseori, clienții sunt derutați de ceea ce simt și este posibil ca ei să nici nu aibă limbajul necesar pentru descrierea acestui lucru. Psihoeducația include nu numai educația despre emoțiile în sine, ci le face cunoștință clienților cu modelul cognitiv și cu modul în care acest model menține problemele psihologice.

Un obiectiv important al TCC este de a-și învăța clienții deprinderi pentru gestionarea emoțiilor și comportamentelor, în scopul rezolvării problemelor care i-au adus în terapie. Deloc surprinzător, aceste deprinderi includ competențe cognitive, comportamentale și somatice pentru gestionarea manifestărilor fizice ale emoției intense. Cu toate acestea, în TCC, nu este suficient să îl înveți pe client o anumită competență; mai curând, este esențial ca el să capete încredere, astfel încât să poată utiliza aceste deprinderi în prezența emoției puternice. În acest scop, terapeuții cognitiv-comportamentali utilizează o serie largă de strategii, cum ar fi jocul de rol sau imageria, care aduc emoția în momentul psihoterapeutic, astfel încât clienții să poată exersa competențele învățate atunci când sunt anxioși, furioși sau deprimați. Terapeuții cognitiv-comportamentali consideră emoția drept calea spre o învățare profundă și durabilă. Cea mai profundă învățare are loc în prezența stării emoționale în care a avut loc vechea învățare problematică. Terapeuții pot apoi utiliza o varietate de strategii experiențiale pentru a declanșa experiențele emoționale ale clienților, astfel încât aceștia să

învețe ceva nou, care este corect și util. Acele strategii — multe dintre ele împrumutate de la alte abordări terapeutice — pe care terapeuții cognitiv-comportamentali le folosesc pentru a genera emoție în terapie reflectă natura cuprinzătoare și integrativă a acestei abordări psihoterapeutice.

Perspectiva centrată pe emoții asupra emoției

Terapia centrată pe emoții (TCE) este o abordare experiențială bazată atât pe teoria emoției, cât și pe conceptele neuroștiințelor afective referitoare la emoție. TCE sugerează că emoțiile au în mod fundamental rol de adaptare; se adaugă diferențierile clinice referitoare la diferite tipuri de emoții, pentru sprijinirea activității clinice. Prin aceasta, emoțiile pot fi considerate sănătoase (respectiv, adaptative) sau nesănătoase (respectiv, dezadaptative), precum și primare, secundare sau instrumentale. *Emoțiile primare* sunt primele emoții ale oamenilor — instinctele. *Emoțiile secundare* sunt mai mult autoprotectoare sau defensive și, în general, ascund emoțiile primare. *Emoțiile instrumentale* sunt emoțiile exprimate pentru a atinge un scop și frecvent au o natură manipulatoare. Emoțiile primare pot fi adaptative, caz în care ele ne oferă informații bune. Ele pot fi, de asemenea, dezadaptative, ca o funcție, poate, a traumelor sau problemelor de atașament din trecut. În prezent, ele pot deveni o reacție la trecut și, astfel, nu mai sunt utile în obținerea satisfacției necesare.

În plus, structurile memoriei schematice emoționale sau schemele emoționale au o importanță esențială în TCE. O *schemă emoțională* este o structură psihică internă formată din experiența emoțională trăită (Greenberg, 2014). Schemele emoționale sunt acțiuni și experiențe care produc structură, spre deosebire de

schema cognitivă, care produce încredere în limbaj. Când un copil vine pe lume, nu-l învățăm cum să fie furios sau trist — aceste lucruri sunt înnăscute. Cu toate acestea, motivul pentru care un copil devine furios sau trist este o funcție a învățării și se formează într-o schemă emoțională, iar mai târziu este activat printr-o schemă emoțională. Schema emoțională produce experiență și este scopul terapiei. Lipsa de conștientizare a emoțiilor adaptative și apariția emoțiilor dureroase prin activarea schemelor dezadaptative sunt sursa unor numeroase dificultăți psihologice.

Conform TCE, sentimentul este stăpânul, iar cogniția, slujitorul. În situații cu semnificații personale, ceea ce simte individul influențează ceea ce gândește, mult mai mult decât invers. În TCE, cogniția este adăugată emoției pentru a-i da un înțeles, în acest fel transformând clientul dintr-un recipient pasiv al emoției într-un agent activ, care înțelege și poate influența emoția.

Terapeuții TCE ajută oamenii să-și proceseze eficient emoțiile făcându-i să le abordeze, accepte, exprime, regleze și tolereze, să înțeleagă și să reflecteze asupra emoțiilor și, poate cel mai important, să-și transforme emoțiile. Toate sunt procese diferite și fiecare reprezintă o bază pentru intervenție. Pentru a sprijini în acest fel procesarea emoției, terapeuții TCE oferă o relație facilitantă în care terapeutul este prezent în acel moment, este în permanență acordat empatic la afect și creează o alianță de colaborare. Aceasta este o abordare puternic orientată spre proces. Terapeuții iau încontinuu pulsul emoțional al clientului, citind în fiecare moment sentimentele clientului, dar și pe cele proprii, exprimate la nivelul corpului, precum și tendințele spre acțiune, și reacționând la modificările de moment ale stării clienților. Din postura corporală a clientului, din ridicarea vocii, întreruperea contactului vizual sau o încordare la nivel facial, un terapeut

poate simți că acel client nu se simte în siguranță și că este posibil ca el să fi spus ceva care l-a făcut pe client să nu se simtă ascultat. Atunci terapeutul se ajustează în consecință și intervine pentru a încerca să corecteze orice dezacordaj. Terapeutul este apoi atent să observe dacă reacția sa a cauzat o atenuare a expresiei faciale a clientului sau l-a făcut pe acesta să respire mai adânc, dacă se simte din nou în siguranță în cadrul relației lor sau dacă s-a reparat ruptura din relație.

În TCE, terapeuții îi ajută pe oameni să rămână în contact cu sentimentele lor și le permit sentimentelor să slujească scopurilor lor adaptative. Cu toate acestea, ei activează la clienți și sentimente dezadaptative vechi, adânci și dureroase și le schimbă prin activarea unor noi sentimente. Un proces esențial este schimbarea emoției cu emoție. De exemplu, tendințele de retragere provocate de rușine pot fi schimbate prin activarea tendinței de apropiere provocată de furia asertivă, în timp ce tendința de fugă în frică poate fi schimbată prin experimentarea tendinței de căutare a alinării în tristețe. Vechile amintiri emoționale pot fi activate în ședință și introduse în noua experiență din cadrul ședinței. Acest lucru îi ajută pe indivizi să își schimbe amintirile emoționale printr-un proces de reconsolidare a memoriei (Lane, Ryan, Nadel și Greenberg, 2015; Nadel și Bohbot, 2001; Nader, Schafe și LeDoux, 2000). În acest fel, terapeuții activează în terapie amintirile schematice emoționale pentru a produce experiențe emoționale și apoi a activa noi emoții, pentru a le schimba pe cele vechi (Greenberg, 2014, 2017).

Terapeuții TCE facilitează acceptarea emoției ajutând indivizii să rămână împreună cu emoțiile lor, pe parcursul unei ședințe. Dacă un client exprimă o emoție, terapeutul răspunde printr-o empatizare plină de compasiune cu aspectul dureros al

experienței și îl ajută pe client să articuleze semnificația emoției. Terapeutul acordă atenție experienței din fiecare moment a clientului și îl ajută să nu-și judece emoțiile, ci să și le accepte în mod autentic. Terapeuții TCE își ajută clienții să simbolizeze și să transpună emoția în cuvinte pentru că exprimarea sentimentelor cu ajutorul cuvintelor în sine are valoare adaptativă și regulatoare (Kircanski, Lieberman și Craske, 2012). Mai mult, terapeuții îi ajută pe clienți să experimenteze noi emoții și să le modifice pe cele vechi (Fredrickson, Mancuso, Branigan și Tugade, 2000; Lane et al., 2015).

Organizarea cărții

Fiecare dintre următoarele trei capitole descrie un model terapeutic diferit și rolul emoției în menținerea problemelor psihologice în cadrul modelului respectiv. În plus, fiecare capitol descrie rolul esențial pe care emoția îl joacă în procesul schimbării psihologice. Fiecare capitol include strategiile pe care psihoterapeuții le utilizează pentru a trezi emoția în slujba schimbării emoționale, cum ar fi cele pentru creșterea conștientizării emoției, pentru simbolizarea emoției în cuvinte, încurajarea acceptării emoției și îmbunătățirea capacității de reglare și exprimare a emoției, atunci când acest lucru este util. Obiectivul general al tuturor psihoterapiilor, inclusiv cel al celor trei prezentate în această carte sunt alinarea suferinței emoționale și sporirea competenței emoționale a clienților, astfel încât aceștia să poată avea vieți mai semnificative și mai satisfăcătoare.

Am organizat fiecare capitol în funcție de mai multe teme ample care traversează respectiva abordare teoretică și

psihoterapeutică, de exemplu, emoția în dezvoltare și învățarea și relația dintre emoție și motivație. Autorii prezintă procesul emoției în cadrul abordării lor respective, precum și metodele folosite pentru obținerea emoției și lucrul cu aceasta. De asemenea, ei discută valoarea și rolul emoției în ameliorarea relațiilor interpersonale, în cadrul procesului de schimbare psihică. În continuare, ei descriu rolul emoției în relația terapeutică și modul în care trebuie lucrat cu emoția pentru a dezvolta și menține o alianță terapeutică eficientă.

Capitolul 2 tratează terapiile psihanalitice și psihodinamice. Examinează conceptualizarea emoției, specifică abordărilor psihodinamice, și oferă terapia bazată pe mentalizare ca exemplu de modificare contemporană a tehnicii psihodinamice, aplicând descoperirile empirice ale atașamentului și neurobiologiei. *Terapia bazată pe mentalizare* se centrează pe lucrul cu emoțiile și ghidarea eșafodării tratamentului pe baza intensității și frecvenței dereglării emoționale a clientului și eșecurilor de mentalizare care rezultă de aici. În acest context, procesul de identificare a sentimentelor actuale dintre client și terapeut este considerat esențial. În continuare, capitolul examinează procesul terapiei psihodinamice și utilizarea instrumentelor tehnice esențiale în procesul travaliului cu emoțiile: alianța terapeutică, interpretarea apărărilor, lucrul în transfer și contratransferul terapeutului. Studiile de caz ajută cititorul să traseze evoluția teoriei și tehnicii psihanalitice în contextul emoției.

Capitolul 3 începe cu o descriere a TCC și explică modul de conceptualizare cognitiv-comportamentală a emoției și relația ei cu cogniția. Capitolul prezintă mai multe strategii din abordarea lui Aaron Beck și alte abordări TCC pe care le folosesc terapeuții

 cognitiv-comportamentali pentru obținerea emoției și lucrul cu aceasta.

Capitolul 4 descrie a treia abordare și explică modul de conceptualizare a emoției în TCE, precum și strategiile de lucru cu emoția. Capitolul discută diferite tipuri de intervenții, de la acordajul empatic cu afectul până la centrarea pe sentimentele exprimate corporal pentru ajutarea simbolizării emoției sau la utilizarea psihodramatică a dialogurilor între două scaune goale și a imageriei, pentru stimularea emoției. Studiile de caz ilustrează diferitele procese.

Capitolul 5 compară cele trei modele psihoterapeutice și abordările lor în lucrul cu emoția. În acest ultim capitol, autorii identifică un număr de teme comune celor trei abordări. De exemplu, toate abordările consideră stimularea apariției emoției ca pe un eveniment relevant din punct de vedere clinic, recunosc importanța identificării originilor emoției și a semnificației acestui lucru pentru tratament, apreciază lucrul cu emoția în ședință și subliniază rolul vital al relației terapeutice în lucrul cu emoția în ședințe și între ședințe.

În toate capitolele, numele din vignetele clinice au fost schimbate pentru protejarea confidențialității clienților.

Public

Cartea este recomandată cursurilor de masterat și psihoterapeuților practicieni de toate orientările, care doresc să învețe abordări diferite în lucrul cu emoția. În plus, este utilă la modul general profesioniștilor din domeniul medical (asistenți, doctori) și profesorilor, oferindu-le posibilitatea de a înțelege diferite abordări în gestionarea emoției.

Toți cei trei autori ai acestei cărți au contribuit la o serie de materiale video ale Asociației Americane de Psihologie, intitulate *Serial video „Emoția în Psihoterapie"*. Serialul include patru episoade. În trei dintre acestea, câte unul pentru fiecare abordare psihoterapeutică, autorii au calitatea de experți invitați care descriu modelul și abordarea lor psihoterapeutică specifică și prezintă segmente video pentru a ilustra modul în care abordarea lor lucrează cu emoția. În ultimul episod, cei trei autori discută segmentele video pe care le-a selectat fiecare. Deși serialul video și această carte sunt produse de sine stătătoare, cartea completează serialul video pentru că ea continuă și elaborează discuțiile noastre referitoare la rolul important al emoției în travaliul nostru psihoterapeutic. Materialele video sunt disponibile online:

http://www.apa.org/pubs/videos/browse.aspx?query=series:Emotion+in+Psychotherapy

Bibliografie

Damasio, A.R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York, NY: Harcourt Brace.

Fredrickson, B.L., Mancuso, R.A., Branigan, C. și Tugade, M.M. (2000). The undoing effect of positive emotions. *Motivation and Emotion, 24*, 237–258. http://dx.doi.org/10.1023/A:1010796329158.

Freud, S. (2014). *Studii despre isterie*. București: Trei.

Frost, R. (1934). *Selected poems* (ed. a 3-a). New York, NY: Holt.

Greco, M. și Stenner, P. (ed.). (2008). *Emotions: A social science reader*. New York, NY: Routledge.

Greenberg, L.S. (2014). *Terapia centrată pe emoții*. București: Gestalt Books.

Greenberg, L.S. (2017). *Emotion-focused therapy* (ed. rev.). Washington, DC: American Psychological Association.

James, W. (1890). *Principles of psychology* (Vol. 1). New York, NY. Holt.

Juslin, P.N. și Sloboda, J.A. (2013). Music and emotion. În D. Deutsch (coord.), *The psychology of music* (ed. a 3-a, pp. 583–645). New York, NY: Academic Press. http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-12-381460-9.00015-8.

Kircanski, K., Lieberman, M.D. și Craske, M.G. (2012). Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy. *Psychological Science*, *23*, 1086–1091. http://dx.doi.org/10.1177%2F0956797612443830

Lane, R.D., Ryan, L., Nadel, L. și Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences*, *38*, e1. http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X14000041

LeDoux, J. (1996). *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, NY: Simon and Schuster.

LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron*, *73*, 653–676. http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004

McDougall, W. (1926). The derived emotions [Capitolul suplimentar 2]. În W. McDougall, *An introduction to social psychology* (ed. rev.). Boston, MA: Luce.

Nadel, L. și Bohbot, V. (2001). Consolidation of memory. *Hippocampus, 11*, 56–60. http://dx.doi.org/10.1002/1098-1063(2001)11:1<56::AID-HIPO1020>3.0.CO;2-O

Nader, K., Schafe, G.E. și LeDoux, J.E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature, 406*, 722–726. http://dx.doi.org/10.1038/35021052

Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, NY: Oxford University Press.

Panksepp, J., Lane, R.D., Solms, M. și Smith, R. (2017). Reconciling cognitive and affective neuroscience perspectives on the brain basis of emotional experience. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 76*, 187–215. http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.09.010

Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York, NY: Knopf.

Whelton, W.J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 58–71. http://dx.doi.org/10.1002/cpp.392

Psihoterapia psihodinamică și emoția

Norka T. Malberg

> Una dintre cele mai mari dificultăți ale noastre ca specie se referă la abilitatea de a experimenta emoții, o dificultate cauzată de unele defecte ale dezvoltării noastre psihice. Experimentarea emoțiilor depinde de muncă multă și constantă, care la rândul ei presupune integritatea aparatului care permite emoțiilor să fie asimilate, gestionate și conținute (Ferro, 2007, p. 1).

O teorie a emoțiilor este esențială pentru înțelegerea gândirii și comportamentului uman. În 1930, Sigmund Freud (1930/2010h) a subliniat că „nu este confortabil să elaborezi științific sentimentele" (p. 227). Cu această afirmație, el recunoaște natura inerent ambiguă și complexă a emoțiilor.

Freud nu a lăsat o teorie unică a emoțiilor, ci mai curând o serie de teorii dificil de reconciliat între ele. După moartea sa, în 1939, psihanaliștii s-au întors la subiectul emoțiilor într-un efort de a realiza o teorie care să fie viabilă conceptual și să le împlinească nevoile teoretice și practice. Un studiu al literaturii

psihanalitice demonstrează modul în care conceptele de instinct sau pulsiune nu oferă o bază pe care să se poată construi cu succes o teorie a emoției. Cu toate acestea, schimbarea apărută în peisajul psihanalitic contemporan, și anume deplasarea spre o *psihologie a două persoane*, respectiv concentrarea asupra interacțiunii dintre două subiectivități aflate în cabinet — cea a clientului și cea a terapeutului —, conduce în mod ideal la un schimb terapeutic marcat de co-construirea semnificației în jurul emoțiilor apărute în cabinet.

În continuare, așa cum încearcă să ilustreze capitolul de față, această nouă stare de lucruri oferă o punte între pulsiune (respectiv, experiența interioară) și relațiile de obiect (respectiv, relațiile dintre un individ și ceilalți). Acest model interactiv al emoției, între experiențele interioare și cele exterioare, a influențat teoria și practica psihodinamică în ceea ce privește înțelegerea și modurile de lucru cu emoția în cabinet și în exteriorul lui.

Practica psihodinamică actuală cuprinde un caleidoscop de școli de gândire și practică, toate lucrând cu emoția. Una dintre dificultățile întâlnite în încercarea de a rezuma evoluția unui concept în psihanaliză este că fiecare școală de psihanaliză are un limbaj explicativ diferit și diverse metafore și versiuni ale dezvoltării.

În acest capitol, eu ofer o scurtă analiză a evoluției teoriei afectelor în psihanaliză, urmată de consecințele evoluției teoretice pentru practica clinică a psihoterapiei psihodinamice. Capitolul începe cu o privire asupra teoriei lui Freud despre afecte în contextul evoluției teoretice, pentru a o conecta la practica clinică; studiul de caz este introdus și luat în considerare prin lentilele diferite ale celor trei modele ale psihicului, propuse

de Freud. Urmează o explorare a contribuțiilor psihanaliștilor contemporani la teoria afectelor și impactul asupra practicii clinice actuale. Cazurile clinice (toate sunt ficțiuni, dar nu foarte îndepărtate de ceea ce se întâmplă în terapie) sunt incluse pentru a ilustra impactul tehnic al acestor formulări teoretice. Două secțiuni descriu modul în care sunt conceptualizate schimbarea și motivația în psihoterapia psihodinamică. O ultimă parte explorează modul în care gândirea psihodinamică și practica clinică elaborează concepte și lucrează cu emoția în domeniul clinic. Constructele tehnice, cum este contratransferul, sunt examinate cu focalizare asupra emoției.

Teoria psihanalitică a emoției în cele trei modele ale psihicului, elaborate de Freud

Concepția lui Freud referitoare la afecte poate fi urmărită în contextul dezvoltării teoriei (respectiv, metapsihologiei) și practicii sale psihanalitice generale. În cercetările mele asupra psihanalizei, am constatat că evoluția gândirii freudiene poate fi înțeleasă cel mai bine prin structurarea învățării în jurul celor trei modele ale psihicului, elaborate de el: modelul afect–traumă[1], cel topografic și cel structural (Sandler, Holder, Dare și Dreher, 1997).

Inițial, termenul *afect* includea întregul domeniu descriptiv al emoțiilor. Nici măcar Freud însuși nu a definit niște granițe terminologice clare, și abia într-un stadiu ulterior a devenit necesară stabilirea diferenței dintre *afect*, *emoție* și *sentiment*.

---

[1] Cu referire la vindecarea prin abreacție și catharsis, ce survine odată ce amintirea refulată a traumei este readusă în conștient. (*N.t.*)

Conform psihanalistului britanic Graham Music (2001), conceptele de sentiment, emoție și afect au sensuri similare în psihanaliză. Dicționarele psihanalitice și cele obișnuite tind să le definească unul în relație cu celălalt. *Afectul* este un concept mai puțin utilizat și întâlnit în principal în domeniul psihologiei academice și al literaturii psihanalitice teoretice. Tinde să aibă o percepție mai obiectivă asupra unui lucru care poate fi mai curând observat decât trăit. Pe de altă parte, *sentimentul* denotă o stare interioară, experiența intimă a unui individ. Poți să nu observi un sentiment, dar poți observa efectul unui sentiment sau poți vedea semne ale sentimentelor cuiva. Pentru psihanaliști, *emoția* este echivalentul în limbaj obișnuit al *afectului*, dar mai obiectiv decât *sentimentele*. Discutăm despre observarea unei reacții emoționale la un individ, iar unii au argumentat că locul emoției este corpul, în timp ce locul sentimentului este psihicul.

În acest capitol, eu urmez aceste definiții și vorbesc în principal despre afect, pentru că este cuvântul predominant folosit în literatura psihanalitică. Dată fiind bine-cunoscuta complexitate a vocabularului psihanalitic, am ales să studiez materialul clinic prin diferitele lentile ale modelelor psihicului elaborate de Freud și teoria afectelor atașată fiecărui model.

Ne însoțește, în călătoria noastră prin gândirea lui Freud despre afecte, una dintre clientele mele, „Linda", o tânără de 16 ani trimisă în terapie din cauza unor episoade repetate de automutilare (respectiv, tăiere) și atacuri de panică atât la școală, cât și acasă, caracterizate prin blocare și vomismente necontrolate (vezi Prezentarea 2.1). Să studiem cazul Lindei prin lentilele multiple ale lui Freud privitoare la afect.

Caseta 2.1

Studiu de caz „Linda"

Linda, 16 ani, începe o psihoterapie cu o frecvență de două ori pe săptămână cu autoarea acestui capitol, fiind trimisă de consilierul școlar, îngrijorat din cauza intensificării comportamentului ei fobic față de școală și de izolarea ei socială generală. Motivația Lindei pentru psihoterapie izvorăște în principal dintr-o foarte mare durere emoțională. Se descrie ca fiind singură și permanent tristă și înspăimântată. Povestește despre imposibilitatea găsirii unei modalități mai bune de a vorbi despre asta. Într-adevăr, ședințele noastre sunt pline de tăcere și lacrimi, în prima perioadă a colaborării noastre. Uneori, este capabilă să descrie detaliat ultimul atac de panică avut sau sentimentele de vinovăție și rușine după un episod de autovătămare. Cu toate acestea, Linda pare blocată; în cuvintele sale: „Corpul ei preia conducerea în permanență", ca și când ea nu poate să-l controleze. Linda este singurul copil al unor părinți mai în vârstă (în jur de 55 de ani). Ea descrie relația apropiată pe care o are cu tatăl și relația competitivă și ambivalentă cu mama.

Pe parcursul vieții ei, până la 16 ani, Linda s-a aflat în grija a nouă bone. Părinții o descriu ca fiind încăpățânată și necomunicativă. A dormit în camera părinților până la 8 ani din cauza terorilor nocturne, o practică pe care a reluat-o la 14 ani. Acum doarme noaptea de cele mai multe ori pe jos, în camera părinților. Pe la vârsta de 14 ani, după ce bona ei favorită pleacă, Linda începe să aibă cicatrici. Imediat după aceea, începe să sufere de vomismente neprovocate și neașteptate,

care au loc frecvent în timp ce este la școală. Situațiile sociale exacerbează ambele simptome. Comportamentul automutilant a ajuns în atenția școlii după ce doi elevi au relatat că au văzut-o tăindu-se în toaletă. Tăieturile sunt adânci și în cea mai mare parte se află pe coapse și pe partea superioară a trunchiului, lângă sâni.

Afectul în modelul afect–traumă

Psihanaliza își are originea în studiul realizat de Freud împreună cu Josef Brauer asupra etiologiei și tratamentului isteriei. Breuer și Freud (1895/2014) au realizat un model al psihicului bazat pe descoperirile din practica lor cu cazurile clinice de isterie. Acest model a ajuns să fie cunoscut ca *modelul afect–traumă*. Ei afirmau că afectul era provocat în principal de experiențe traumatice, prin intermediul percepțiilor și ideilor. Odată provocat, afectul constituia o creștere a excitației normale a sistemului nervos, în tentativa de a reduce acest exces de excitație, pentru a reveni la un nivel optim (respectiv, homeostaza).

În termeni contemporani, acesta poate fi prezentat drept procesul care se întinde de la dereglarea afectului până la reglarea lui. Aceste încercări de întoarcere la homeostază au loc prin mișcări, sunete, secreții, cum sunt lacrimile, precum și acțiuni, cunoscute drept exprimarea afectelor. Pe baza experienței lor clinice, Freud și Breuer au determinat faptul că afectul poate apărea în trei forme:

1. Reacții spontane la un eveniment (de exemplu, blocare după expunere la un schimb sau situație traumatică).

2. O reacție transformată la un eveniment (de exemplu, o fobie față de un anumit eveniment care declanșează reacții afective ale persoanei, în legătură cu trauma originară).
3. O reacție indusă din exterior care cauzează fie a, fie b (de exemplu, reacția mediului la însușirile sau acțiunile persoanei).

Pe parcursul acestei perioade din gândirea lui Freud, afectul era considerat energie, în termeni de cantitate și forță. În consecință, afectul acumulat putea fi eliberat prin acțiune directă, reală, cum ar fi prin plâns sau fugă; prin acțiune indirectă, verbală, sau prin elaborare cognitivă, cum ar fi discutarea experienței și transformarea semnificației ei (respectiv, compararea ideilor „afectate" cu ideile normale — similar cu punctul focal al intervențiilor cognitiv-comportamentale contemporane).

Interesele clinice ale lui Freud și Breuer în privința afectelor erau ușor diferite. Inițial, pentru Freud, scopul principal al travaliului terapeutic era catharsisul — însemnând lăsarea sentimentelor să iasă — de preferat, dar nu neapărat necesar, însoțit de verbalizarea evenimentelor și experiențelor care le-au înconjurat. Pe de altă parte, Breuer considera că afectele sunt experimentate prin intermediul unui eveniment semnificativ care zace ca un „corp străin" material, ce trebuie drenat și expulzat. Deja în acest moment, putem observa în scrierile lui Freud convingerea sa conform căreia ceea ce face conflictul să fie acut și semnificativ la nivel personal este *afectul atașat* lui. Modelul afect–traumă afirmă că afectul nedigerat, care nu este nici metabolizat (adică, nu este reflectat, înțeles, în timp ce este experimentat), nici eliminat (adică, prin exprimarea emoției), generează simptome sau cauzează boli.

Afectul, în acest stadiu, nu era diferențiat de *investire*, suma excitației sau a sentimentelor. Era folosit pentru a denumi dispoziții mai durabile (cum ar fi melancolia), precum și senzații de plăcere și „ne-plăcere" (de exemplu, tristețea). Paralel cu această dezvoltare, putem observa definirea de către Freud a pulsiunilor ca fenomen atât de încărcare, cât și de descărcare. Ca fenomen de *descărcare*, afectul este captat de către psihic și exprimat în corp (de pildă, atacurile de panică). Ca fenomen de *încărcare*, se manifestă prin intensitate și prin semnificația câmpului reprezentațional (respectiv, un sentiment este atașat unei idei și capabil de a fi reprezentat verbal).

În acea perioadă, teoria freudiană ar fi considerat simptomele Lindei (vezi Cazul 2.1) ca pe un posibil rezultat al unei experiențe traumatice timpurii. Modul în care își folosește corpul ar fi indicat dificultăți de creare a unei narațiuni verbale coerente a traumei timpurii care este acum exprimată prin corp, în cazul acesta, prin intermediul vomei (respectiv, eliberării). Din această perspectivă, atât automutilarea, cât și vomitatul par să-i servească Lindei ca mod de a căuta un sentiment de echilibru interior prin folosirea corpului. Incapacitatea ei de a-și metaboliza, reprezenta sau verbaliza experiența afectivă o făcea prizonieră a unei serii de acțiuni repetitive care să creeze iluzia echilibrului. Ceea ce lipsește de la acest model este impactul pierderii numeroaselor persoane de îngrijire, ceea ce teoria psihanalitică numește *pierderea obiectului*. Dorința Lindei de a exorciza sentimentele dureroase de dor și gol interior prin acțiune (adică, automutilare) nu îi oferea mijloacele necesare pentru a realiza reconstrucția narațiunii traumei ei timpurii de pierdere sau ușurarea pe termen lung. Ea se simțea neajutorată și prinsă într-un cerc vicios.

Celălalt aspect care ar fi fost un punct central al formulării clinice, în acea perioadă a teoriei psihanalitice, ar fi fost relația apropiată și oarecum seducătoare pe care Linda o avea cu tatăl ei și, potențial, efectul traumatizant pe care relația l-ar fi avut în pubertate. Rezumând, din acest punct de vedere, evenimentul traumatic și impactul său emoțional sunt depozitate și reprezentate în corp prin simptomul isteric (respectiv, atacurile de panică și vomitatul). Pentru că focalizarea a fost pe gestionarea internă a unei traume externe, impactul pierderilor multiple asupra relațiilor ulterioare și asupra sentimentului Lindei de putere și că are abilitatea de a înțelege, modula și schimba astfel de comportamente mutilante nu ar fi fost considerat obiectivul terapeutic principal. Aceasta nu înseamnă că acei factori nu ar fi apărut ca reacție la intervenția terapeutică. Totuși, acest model al psihicului nu s-a concentrat încă asupra acestui aspect al travaliului; el a permis doar un mediu sigur în care ar putea avea loc reproducerea sau repunerea în scenă a amintirilor — considerând aceasta drept principalul factor terapeutic mutativ.

Afectele în modelul topografic

În 1900, Freud a publicat *Interpretarea viselor* (Freud, 1900/2010b) și, odată cu ea, *modelul topografic al psihicului*, care ulterior a avut două revizuiri. În acest context, afectele nu mai erau echivalate doar cu reproducerea sau repunerea în scenă a amintirilor, ci erau considerate, de asemenea, conectate cu fantasmele și dorințele, prin sursa lor comună postulată, pulsiunile. Mai departe, afectele erau considerate indicatori ai conținutului semnificativ al viselor inconștiente; de asemenea, erau considerate importanți purtători de semnificație sau semnificanți.

Freud a argumentat că afectele nu sunt distorsionate în vise, ci fie reprimate, fie detașate de ideile care le însoțeau. Ceea ce Freud a numit *travaliul visului* a fost definit ca intermediarul care gestionează afectele în vis, organizându-le în conformitate cu dorințele visătorului. Freud considera afectele absolut necesare pentru înțelegerea experienței visului; el este de părere că ele sunt, mai mult decât orice alt element al visului, indicatori de încredere ai acelui lucru la care se referă visul. Astfel, atunci când un pacient povestește visul în contextul unei ședințe psihodinamice, asociațiile cognitive sunt relevante, însă emoțiile care apar din aceste asociații și sentimentele visătorului în vis și la momentul trezirii sunt esențiale în analiza unui vis. Afectele din acest context sunt considerate o busolă care ne ghidează spre o înțelegere a dorințelor și fantasmelor inconștiente.

Următorii cinci ani după publicarea *Interpretării viselor* au fost extrem de productivi pentru Freud. Gândirea sa despre afecte și lipsa de diferențiere clară între afecte, sentimente și emoții a continuat pe tot parcursul acelei perioade. Freud a avut dificultăți să-și reconcilieze obiectivul de a crea o psihologie generală cu influența observațiilor clinice asupra teoriei sale.

În 1915, Freud a finalizat teoria descărcării afectelor, care fusese implicită în multe aspecte ale gândirii sale până în acel moment. Multe domenii ale gândirii lui Freud au fost integrate în studiul său, „Scrieri metapsihologice“ (Freud, 1915/2010d), iar teoria afectului a fost una dintre ele. Aceste scrieri au fost urmate de modificări profunde ale gândirii lui Freud. Cu toate acestea, se poate spune că doar în domeniul afectului convingerile sale fundamentale s-au schimbat în întregime. În 1915, nu mai considera afectul doar în termenii de cantitate sau stare de spirit, ci și ca pe un *fenomen derivat din pulsiune*. Studiul asupra

pulsiunilor (Freud 1915/2010) nu tratează explicit afectele, însă Freud consideră că sentimentele de iubire și ură mai degrabă izvorăsc din surse diferite decât sunt opuse unul altuia.

În 1915, Freud (1915/2010e) scria despre *refulare*, un alt construct teoretic important care i-a influențat concepția despre afecte. Ideea de refulare, ca și alte transformări, a dus la o *topografie a psihicului* (Sandler et al., 1977) în care există sisteme inconștiente, preconștiente și conștiente și, împreună cu ele, și posibilitatea afectelor inconștiente. Aceasta este o schimbare importantă, de la plasarea accentului asupra impactului exterior (respectiv, trauma) la focalizarea asupra lumii interioare a clientului și a proceselor prin care gestionăm afectele în moduri de care suntem atât conștienți, cât și inconștienți. În acea perioadă, din punctul de vedere al lui Freud, adevărata sarcină a refulării era să gestioneze cuantumul de afect, deși afectul dispărut se întorcea ca anxietate socială sau morală și autoreproș (Freud, 1915/2010e). Putem observa că, pe parcursul acelei perioade, aspectelor cantitative (respectiv, suma) și calitative (respectiv, felul în care erau experimentate) ale instinctelor li s-a dat numele de *afecte*, acest lucru contribuind la confuzia conceptuală percepută atunci când se studiază geneza conceptului de afect în teoria freudiană.

În al doilea an de terapie cu Linda (vezi Cazul 2.1), ea începe să-și aducă visele în ședințe. De obicei, se așază în liniște, cu lacrimile curgându-i șiroaie — dar fără nicio expresie facială — urmate de un comentariu sau, cu această ocazie, de povestirea primului ei vis:

> Merg pe o pajiște și o văd pe mama. Îmi zâmbește și simt că vreau să o îmbrățișez. Apoi aud un cântec, un cântec familiar,

care mă face fericită, dar tristă... Îl recunosc. Mă uit. Mama nu este nicăieri de găsit acum, iar eu sunt foarte furioasă... Cântecul răsună din ce în ce mai tare și mă trezesc...

Am întrebat-o pe Linda ce stare emoțională a avut când s-a trezit și, de asemenea, am invitat-o să-mi spună gândurile care îi vin în minte când îmi povestește visul. Prin urmare, Linda a vorbit despre cât de mult iubea acel cântec când avea 11 ani, atunci când a venit bona ei favorită. A vorbit despre toate lucrurile distractive pe care obișnuia să le facă cu bona, iar aparentele ei „lacrimi reci" au fost infuzate cu sentiment și o expresie facială plină de durere. Spune că se simte tristă și, ciudat, destul de furioasă.

Din perspectivă topografică, putem conceptualiza visul Lindei ca pe o expresie a dorinței ei pentru bona pierdută și a sentimentelor refulate la adresa mamei: poate că simultan și-a dorit ca mama să plece, pentru ca ea să poată auzi cântecul blând de iubire cântat de bonă. Cu toate acestea, tânjea și după iubirea și prezența mamei. Mai mult, puteam înțelege comportamentul automutilant al Lindei ca pe o modalitate de a-și gestiona sentimentele conflictuale refulate (iubirea și ura) față de mama sa. Linda este copil unic și încă de mică avusese probleme în relațiile cu cei de aceeași vârstă, care spuneau că face pe șefa cu ei și este un tovarăș dificil de joacă. Încă de la vârsta învățării mersului, ea fusese lăsată în grija mai multor persoane care o descriau ca pe un copil dificil și plin de crize de furie. Ca adolescentă, ea se confruntă acum cu probleme de greutate și cu o dificultate semnificativă de a-și gestiona comportamentul agresiv, în special în contextul dorinței sale de a fi plăcută și iubită. Această percepție a sa ca agresor puternic și imposibil de iubit a fost o

sursă semnificativă de anxietate pentru Linda, care s-a manifestat prin exprimări la nivel corporal și prin inhibiția funcționării ei sociale. Nopțile erau înfricoșătoare pentru că se afla singură cu agresivitatea ei. Anxietatea Lindei venea atât din interior (teama ei că ceea ce gândea era de o agresivitate destructivă), precum și din exterior (o presiune din ce în ce mai mare din partea celor de aceeași vârstă și incapacitatea părinților de a o ajuta să conțină și să metabolizeze gândurile și sentimentele tulburătoare).

Afectul în modelul structural al psihicului

În cadrul modelului topografic al psihicului, există ipoteza că energia pulsională instinctuală conectată cu ideile refulate poate fi convertită în anxietate. În prima teorie freudiană asupra angoasei (1895/2014), afectele sunt considerate ca fiind în totalitate derivate pulsionale, iar anxietatea reprezintă o transformare a energiei pulsionale instinctuale a conținuturilor refulate. Modelul topografic a prezentat anumite dificultăți în termeni de conceptualizare a problemelor, cum ar fi rolul agresivității în viața psihică. Inițial, Freud (1915/2010c) a atribuit agresivitatea pulsiunilor de autoconservare (sau ale Eului) și a considerat că ea are o natură nonlibidinală (respectiv, neatașată emoțional de cineva). Eforturile lui Freud de a conceptualiza ideea de agresivitate în cadrul modelului topografic al psihicului a fost una dintre numeroasele dificultăți întâlnite în momentul testării teoriei în contextul manifestărilor clinice. De exemplu, el a observat că oamenii tind să repete inconștient tiparele de comportament și experiență care pot fi dureroase sau automutilante. Aceste observații l-au condus la conceptualizarea pulsiunii de moarte (respectiv, Thanatos), pe care a plasat-o în opoziție cu pulsiunea

de viață (respectiv, Eros). Motivate de aceste observații, reformulările teoriei lui Freud au dus la o schimbare a accentului asupra mișcării din profunzime către suprafață — caracteristică modelului topografic — spre un model teoretic care a început să recunoască atât rolul lumii exterioare și al celei interioare, cât și al interacțiunii lor. Această schimbare pune bazele dezvoltării unui model structural al psihicului.

Odată cu introducerea teoriei structurale, în „Eul și Se-ul" (Freud, 1923/2010f), am intrat în perioada celui de-al treilea model al psihicului, elaborat de Freud. A apărut posibilitatea de a conceptualiza un intermediar care să reacționeze cu anxietate atât la situațiile periculoase exterioare, cât și la cele interioare. Aceste reacții pot să ajungă sau nu în conștiință. Freud (1923/2010f) a afirmat că „Eul poate fi considerat ca un veritabil rezervor de angoasă" (p. 341). În acest fel, el a definit Eul ca fiind partea adaptativă a personalității. Al doilea capitol al studiului „Eul și Se-ul" s-a întors la întrebarea dacă afectele pot fi inconștiente, ajungând la o concluzie care l-a îndepărtat de poziția sa din 1915, când vorbea despre afect doar în termeni cantitativi și îl descria ca pe o energie lipsită de calitate (1915/2010). Abordarea clinică a problemelor cum ar fi narcisismul și doliul (în cazul Lindei, capacitatea de a face doliu după pierderea bonei sale) a început să pună sub semnul întrebării o astfel de poziție; rolul exteriorului și impactul lui asupra calității afectului a devenit evident, din punct de vedere clinic, pentru Freud, ridicându-i astfel dificultăți teoretice.

În 1926, în „Inhibiție, simptom și angoasă", Freud (1926/2010g) a avansat o a doua teorie asupra angoasei. Aceasta reflecta o schimbare semnificativă în gândirea sa care era în mod vădit influențată de dificultățile pe care le reprezenta numărul mare

de date clinice. El a introdus conceptul de *angoasă-semnal* care apare în Eu ca principal motiv pentru acțiunea defensivă. Aici, se presupune că anxietatea semnalizează pericolul (de obicei, experimentat în corp la început și uneori reprezentat ulterior în gânduri neplăcute și perturbatoare) și motivează procese defensive subconștiente (de pildă, negarea momentană a realității, proiecția).

În prima teorie a angoasei, apărarea duce la angoasă; în cea de-a doua, angoasa duce la apărare. Ca rezultat, conceptul de anxietate devine radical mai complex și multidimensional. Angoasa a fost considerară un sentiment mai elaborat din punct de vedere psihologic, mai curând o experiență cu conținut simbolic (respectiv, semnificație) decât o simplă senzație. Freud nu a renunțat la ideea că emoțiile sunt mobile, capabile să schimbe obiectele la care sunt fixate și să se transforme în diferite alte emoții, mai ales în opusele lor (de exemplu, iubire transformată în ură, recunoștință în invidie, frică în dispreț) și în angoasă. Angoasa (anxietatea) a ocupat o poziție privilegiată în studiile psihanalitice asupra emoției. Inițial considerată ca un produs emoțional secundar care oferea o posibilitate de ventilare tuturor emoțiilor slab descărcate (inclusiv iubire și ură, furie și gelozie), anxietatea a ajuns să fie din ce în ce mai mult fie considerată o stare psihică de care să te aperi, fie un semnal care alertează Eul despre iminența pericolului, prin aceasta declanșând mecanisme defensive, cum ar fi refularea (Freud, 1915/2010e).

Conceptul de *afect-semnal* presupune anticipare și simbolizare. Angoasa-semnal implică transformarea anxietății traumatice într-un mesaj în interiorul psihicului, asemănător gândirii. Conceptul de angoasă-semnal a introdus noi dimensiuni regulatoare și comunicative ale afectului. A fost o abilitate

de dezvoltare dobândită în contextul experienței și maturizării (Blum, 1991). Mai mult, a inclus statutul inconștient al semnalului și a introdus semnificația emoțională a situațiilor pentru individul care le-a trăit. De asemenea, a introdus ideea acestor experiențe, configurând modul în care gândim intern despre ceilalți — ceea ce psihanaliza numește *relații de obiect internalizate* (adică, modul în care ne vedem pe noi înșine în relație și cum credem că ne văd alții).

În cazul Lindei, de exemplu, atacurile ei de panică semnalau dorința sa de a căuta apropierea mamei, din cauza tensiunii anxioase și neputinței. Linda nu conștientiza că furia pe care o simțea față de mamă îi motiva căutarea apropierii. Privind cazul Lindei printr-o lentilă structurală, suntem capabili să îi înțelegem simptomatologia ca reacție la forțele interioare și exterioare, semințele teoretice ale concentrării prezente a psihanalizei asupra interacțiunii dintre intrapersonal și interpersonal, atunci când încearcă să observe, să înțeleagă și să lucreze cu emoția în contextul psihoterapiei.

Teoria post-freudiană a afectelor

Teoria psihanalitică după moartea lui Freud, în 1939, s-a aflat într-o stare de diversitate efervescentă. Aceste eforturi au cuprins diferite căi de conceptualizare a emoțiilor și modul de lucru cu ele. Până la urmă, s-au format două grupuri care au dezvoltat mai departe teoria psihanalitică. În Marea Britanie, eforturile s-au concentrat asupra reconcilierii dimensiunilor „dinamice“ și „experiențiale“ ale realității psihice. Și anume, ele au căutat să înțeleagă, să conceptualizeze și să prelucreze

relația cu ceea ce s-a întâmplat în interior (respectiv, dinamic) în contextul relației cu lumea exterioară și nevoile ei de adaptare (respectiv, experiențial). La Viena și în Statele Unite, a existat o focalizare asupra dezvoltării unui aspect protobiologic al teoriei psihanalitice, cunoscută în final ca *psihologia Eului*. Grupul britanic, reprezentat de Balint, Winnicott și Fairbairn, printre alții, a pus un accent mai mare asupra experiențialului și interpersonalului. Ei s-au concentrat pe importanța primelor relații în viața individului și pe modul în care el interacționează cu lumea, plecând de la o serie de experiențe interioare care decid cum se vede el în cadrul relațiilor.

Dimpotrivă, reprezentanții psihologiei Eului au început să dezvolte un cadru în care dezvoltarea afectului și maturizarea au fost discutate în cea mai mare parte în termeni de abilitate de a amâna, de a tolera tensiunea sau de a lega energia (Rapaport, 1953). Afectele au fost concepute în cadrul psihologiei timpurii a Eului ca energii care au devenit din ce în ce mai organizate, chiar îmblânzite, în cursul dezvoltării (Fenichel, 1945). În cele din urmă, afectele au ajuns să fie considerate fie experiențe de care să te aperi, fie instrumente cognitive sau motivaționale ale Eului, respectiv, care oferă informații Eului despre stările psihice. Din această perspectivă, afectele au fost acum considerate parțial funcții ale Eului (respectiv, defensive și adaptative) și parțial ca stimuli controlați de Eu (respectiv, capacitatea de a gestiona conflictele apărute din interacțiunea lumii interioare [Se-ul] cu lumea exterioară [Supraeul] a clientului).

În teoria și practica psihodinamică contemporană, suntem din ce în ce mai des martori la integrarea celor două școli de gândire: relațiile de obiect și psihologia Eului. Ca rezultat, există o focalizare pe impactul relațiilor și pe impactul conflictelor și

adaptărilor interne. Așa cum sper să ilustrez în următoarele pagini ale acestui capitol, integrarea teoriilor are implicații semnificative pentru practica psihoterapiei psihodinamice și a psihanalizei în contextul emoțiilor. Pentru ilustrare, am ales să analizez pe scurt opera a doi autori psihanalitici post-freudieni care au explorat în continuare rolul emoției în psihanaliză: Wilfred Bion și Joseph Sandler. După această analiză, voi oferi un exemplu de psihoterapie psihodinamică contemporană din practica lui Peter Fonagy, psiholog psihanalitic și cercetător clinician contemporan.

Wilfred Bion: conținerea și metabolizarea emoției

Wilfred Bion a continuat opera originală a lui Melanie Klein, psihanalist de copii și adulți. Opera teoretică a lui Bion (1962) este complexă, dar aplicațiile sale clinice în lucrul cu emoția s-au dovedit a fi neprețuite, în ceea ce privește conștientizarea rolului emoției în practica clinică psihodinamică. În teoria lui Bion, termenul *emoții* nu este evidențiat în mod special. Cu toate acestea, scrierile lui indică un angajament continuu față de complexitățile vieții emoționale. În 1970, Bion scria: „Ceea ce se întâmplă în cabinet este o situație emoțională" (p. 118). Pentru el, conceptul unificator este acela al psihicului și funcționării lui. Scopul psihicului este îmblânzirea și conținerea gândurilor și emoțiilor; de exemplu, a face tolerabilă experiența sentimentelor de „suferință"

Pentru Freud, problema plăcerii sau „ne-plăcerii" a încadrat un prim principiu fundamental, iar gestionarea anxietății a ocupat un loc central în această teorie a funcționării și apărării Eului. Pentru Bion (1962), capacitatea sau incapacitatea

de a suporta frustrarea și emoțiile ei însoțitoare definește linia de demarcație dintre partea psihotică și nepsihotică a personalității. Oricare ar fi emoțiile, Bion a conchis să este de cea mai mare importanță conștientizarea lor: „Există o nevoie de conștientizare a unei experiențe emoționale... pentru că lipsa unei astfel de conștientizări implică privarea de adevăr, iar adevărul pare esențial pentru sănătatea psihică" (Bion, 1962, p. 56).

Opera lui Bion (1962) îl invită atât pe psihoterapeut, cât și pe client să pășească înăuntru și să reflecteze asupra propriilor emoții, pentru a se „cunoaște" pe sine. El concepea gândirea ca pe un rezultat al transformării experiențelor emoționale neelaborate (Blum, 2000). Individul trebuie să aibă curiozitate pentru a ajunge la autenticitate și cunoaștere adevărată. El a subliniat importanța rolului potențial metabolizant și conținător al relațiilor timpurii. În mod special, a postulat că stările de excitare ale unui copil mic, acelea comunicate prin senzații și acțiuni corporale, sunt transformate cu sprijinul persoanei de îngrijire în simboluri care îi permit copilului să-și experimenteze capacitatea de a comunica nevoi și sentimente. Din perspectiva lui Bion, fiecare persoană se zbate permanent între tendința de a avea conștiință și dorința de a nu avea, precum și între capacitatea sa de a tolera conștientizarea și înclinația de a o evita din cauza sentimentelor dureroase pe care le-ar putea trezi. Când conștientizarea este evitată, funcționarea alpha nu operează.

Joseph Sandler: stările afective, starea de bine și sentimentul de siguranță

Opera lui Joseph Sandler reprezintă o contribuție semnificativă la eforturile domeniului în direcția adaptării și integrării

teoriei psihanalitice în practica clinică. El a contribuit mult la înțelegerea rolului exprimării și comunicării afectului în travaliul psihodinamic și în relațiile de obiect. Sandler a fost un catalizator esențial în declanșarea a ceea ce Ogden (1992) a numit „revoluția tăcută“ (p. 624) în teoria psihanalitică. Competența sa în fuzionarea abilităților de cercetare empirică cu înțelegerea în cel mai înalt grad a teoriei psihanalitice a fost vizibilă în rezultatele obținute. Ca și în cazul lui Bion, prezint în continuare un rezumat al contribuțiilor lui Sandler la explorările tehnice referitoare la rolul emoției în practica psihoterapiei psihodinamice.

Sandler (1960) a argumentat că individul nu se apără împotriva cauzelor sentimentelor sale, ci împotriva sentimentelor înseși, care sunt atât cauza, cât și reacția la dorințe. În general Sandler a preferat să vorbească despre dorințe, și nu despre pulsiuni, și despre relația dintre sentimente și dorințe, în loc de relația dintre sentimente și pulsiuni. Motivul? El este de părere că pulsiunile sunt constructe ipotetice, în timp ce dorințele au ca urmare sentimente, ca și reprezentări de sine și de obiect. Sandler este cunoscut pentru teoria sa asupra stărilor afective, stării de bine și siguranței, precum și a modului în care le înțelege în contextul relațiilor (vezi Sandler, 1960).

Sandler (1960) a descris *sentimentul de siguranță* ca pe un sentiment care face parte integrantă din noi într-o asemenea măsură, încât îl considerăm de la sine înțeles, ca fundal al experienței noastre zilnice. El afirmă că acest sentiment de siguranță este mai mult decât simpla absență a disconfortului sau anxietății; este o trăsătură definită a sentimentului din cadrul Eului. Din această perspectivă, putem considera mare parte din comportamentul obișnuit de zi cu zi drept un mijloc

de a menține un nivel minim al sentimentului de siguranță. Mai mult, comportamentul mediu și multe fenomene clinice (de pildă, anumite tipuri de comportament psihotic, adicțiile) pot fi mai bine înțelese în termenii încercărilor dezadaptative ale Eului de a păstra acest nivel de siguranță. În conformitate cu Sandler (1960), siguranța nu este conectată a priori cu granițele Eului sau cu conștientizarea de sine, ci se dezvoltă dintr-o parte integrantă a experienței narcisice primare (în stadiile timpurii ale vieții) și trebuie să existe în formă rudimentară din momentul primelor experiențe de satisfacere a nevoilor (respectiv, perioada de sugar). Mai târziu, desigur, ea se atașează de diferite activități și structuri ale Eului, precum și de conținuturi psihice; putem postula semnalele de siguranță în același mod cu semnalele de anxietate. Aceste semnale de siguranță se află în legătură cu aspecte precum conștientizarea faptului de a fi protejat; de exemplu, prin prezența reconfortantă a mamei. Multe semnale de siguranță apar sub forme implicite, nonverbale (Gergely, 2013).

Prin ideile sale asupra siguranței, Sandler a revizuit teoria psihanalitică plasând stările afective, și nu energia psihică în centrul teoriei psihanalitice a motivației. Accentul pus de el asupra stărilor afective a creat o punte între teoriile clasice ale pulsiunilor și ale relațiilor de obiect (Fonagy, 2005), o legătură care a fost deosebit de importantă în contextul travaliului cu afectele în psihoterapia psihodinamică, întrucât acestea sunt considerate depozitarele memoriei și porți către trecutul relațional. Mai mult, afectele reprezintă o oportunitate de a solicita atât terapeutul, cât și clientul să prelucreze noi versiuni ale lor, care sunt retrăite în dimensiunea aici-și-acum a relației terapeutice.

Privită prin lentila psihanalizei dezvoltării, opera lui Fonagy și colegii reprezintă o integrare a operei gânditorilor psihanaliști Bion, Winnicott, Klein și Anna Freud, printre alții, sub umbrela teoriei și cercetării atașamentului. Pornind de la puternice fundamente teoretice, Fonagy și Bateman au dezvoltat *terapia bazată pe mentalizare* (TBM; Bateman și Fonagy, 2016) destinată inițial lucrului cu clienții cu o organizare borderline a personalității (Lingiardi și McWiliams, 2017). TBM incorporează ideile lui Wilfred Bion (1970) referitoare la rolul persoanei de îngrijire ca metabolizant și conținător al experienței în contextul apariției sentimentului de sine la copil. TBM se concentrează puternic asupra reglării afectului în contextul traumei relaționale și rolului său organizator în formarea personalității.

Ce se întâmplă dacă un client nu a avut o experiență timpurie de îngrijire „îndeajuns de bună" (Winnicott, 2003b, p. 309), în care să fi fost beneficiarul curiozității unui psihic adult referitoare la psihicul clientului? Ce se întâmplă atunci când transferul poate părea prea înfricoșător sau dureros? Uneori, o abordare orientată spre dezvoltare, cum este TBM, este utilă în crearea unui mediu terapeutic în care o astfel de experiență de dezvoltare să poată fi retrăită, repusă în scenă și reparată. TBM încearcă să angajeze și să motiveze clientul să-și observe tiparele relaționale disfuncționale în contextul dimensiunii aici-și-acum a relației psihoterapeutice emergente.

Mentalizarea se referă la capacitatea de a te gândi la propriile gânduri și sentimente din afară și de a-ți imagina gândurile

 și sentimentele celuilalt din interior (Allen, 2013). Ea se află în spectrul dintre empatie și mindfulness, și între concentrarea asupra celuilalt și concentrarea asupra propriei experiențe. Mentalizarea necesită curiozitatea și capacitatea de a fi flexibil. Necesită, de asemenea, capacitatea de a face diferența între sine și celălalt, precum și între ceea ce este implicit și ceea ce este explicit.

În TBM, a fi *concentrat asupra afectului* înseamnă surprinderea afectului în imediatul momentului, nu neapărat în relația lui cu conținutul ședinței, ci în primul rând cu ceea ce se întâmplă în acel moment între client și terapeut. TBM crede că o scurtă intervenție care identifică sentimentul actual dintre client și terapeut este pasibilă să propulseze o ședință într-un mod mai eficient decât concentrarea asupra detaliilor de conținut ale narațiunii (Bateman și Fonagy, 2016).

Terapeutul TBM evaluează constant temperatura emoțională din încăpere, observând și numind schimbările apărute în afectele verbale și nonverbale. Mai mult, empatia este de obicei poarta de intrare. Poziția terapeutică în BMT este caracterizată de o atitudine de scrutare: o atitudine de curiozitate autentică, în care terapeutul își împărtășește surpriza, bucuria, deruta etc., pe măsură ce acestea apar în contextul schimbului terapeutic. Pe măsură ce travaliul progresează și este creat un sentiment fundamental de siguranță, poate pentru prima dată în viața clientului, explorarea mai profundă și sentimentele care o însoțesc încep să apară lent în siguranța terapiei. Când apar *furtuni afective* — niveluri înalte, bruște și imprevizibile de exprimare emoțională care frecvent par neprovocate și în cursul cărora individul pare să-și piardă autoritatea asupra capacității de reflectare și reglare, terapeutul TBM le observă și le reflectă cu voce tare, cu un ton

curios și autentic — într-un mod pe care terapeutul simte că poate să îl acceseze și să îl interiorizeze clientul, astfel încât acesta să obțină conținere și un sentiment sporit de control asupra gândurilor și sentimentelor sale (Bateman și Fonagy, 2004). Mentalizarea naște mentalizare. TBM încearcă să motiveze clientul să-și exprime emoțiile fără frică și cu o autoobservare sporită.

Mai mult, TBM subliniază transformarea de la conștientizarea emoțională implicită la cea explicită în dezvoltarea structurii psihice. Necesită atenția iubitoare a terapeutului asupra propriilor reacții emoționale și capacitatea sa de a recunoaște impasurile de mentalizare, care sunt simțite deseori în contratransfer sub forma furiei, plictiselii, respingerii și a multor altor experiențe emoționale care influențează ceea ce are loc în relația terapeutică.

Cazul Lindei prin lentila psihodinamicii contemporane

Pentru a ilustra mai departe acest punct de vedere, să ne întoarcem la cazul Lindei și în special la reacțiile mele contratransferențiale, ca terapeută a ei: o reacție de neajutorare atunci când am întâlnit o adolescentă tăcută și înlăcrimată, de 16 ani. Deseori simt nevoia să vorbesc și să-i pun întrebări ca să o fac să vorbească. Deseori simt dorința să existe o expresie pe figura ei. Deseori mă simt singură și, în mod surprinzător, neempatică față de ea. Nu sunt în stare să mentalizez, să procesez experiența ei emoțională și să ofer ceea ce Fonagy, Jurist și Target (2002) au descris ca *oglindire pronunțată* a stărilor ei afective. Conform teoriei lor asupra biofeedbackului social, persoana primară de îngrijire îi permite copilului să identifice și să devină conștient de stările sale afective distincte, care formează baza

autoreprezentării psihice (de pildă: „Cine sunt eu în lume?“ „Cum mă văd ceilalți?“).

În travaliul meu cu Linda, a trebuit să fac un pas înapoi și să recunosc faptul că rolul meu inițial ca terapeută a ei a fost de a furniza suficientă oglindire pronunțată în contextul sentimentelor insuportabile și inexprimabile. În cele din urmă, acest proces a condus la formarea abilității Lindei de a explora sentimente dificile, mai întâi prin autoobservarea modurilor familiare dureroase în care și le gestiona și în care se autovătăma (de exemplu, mânca în exces, voma, se tăia), prin exprimarea emoțiilor în cadrul unei relații terapeutice sigure și previzibile. Mai târziu, încercările explicite de a-și mentaliza experiența sa și pe cea a persoanelor importante pentru ea (părinții, bonele, profesorii, prietenii) au permis apariția unei imagini interne mai coerente și motivate a ei și a celorlalți și, odată cu aceasta, a unui sentiment de control și a noi căi de gestionare a afectelor copleșitoare.

Relația mea psihoterapeutică cu Linda, care a durat 3 ani, a avut ca rezultat o sporire a autoobservării și conștientizării în contextul relațiilor, precum și mai multe mecanisme de apărare adaptative în gestionarea anxietății cognițiilor dificile și sentimentelor pe care acestea le trezeau. Linda a dezvoltat un sentiment de siguranță însoțit de o capacitate sporită de verbalizare și mentalizare a experienței ei și a celorlalți. Cred că activitatea mea, ca psihanalist contemporan, demonstrează integrarea focalizării asupra pulsiunii și relațiilor de obiect în contextul atât al psihologiei Eului, cât și al unui cadru teoretic interpersonal.

Următoarele pagini ale capitolului încearcă să ilustreze gândirea și practica psihodinamică contemporană în ceea ce privește rolul emoției, prin reflectarea modului în care înțelegem schimbarea, motivația și rolul relației terapeutice.

În perioada timpurie a psihanalizei, mecanismul schimbării poate fi rezumat în acest fel: „transformă ceea ce e inconștient în ceva conștient (Freud, 1916/2010a, p. 314). În general, psihanaliștii și psihoterapeuții psihanalitici sunt de acord că schimbarea terapeutică se realizează prin analiza rezistențelor, a apărărilor, a conflictelor și transferului, și generează insight și implicare afectivă.

Teoria și practica psihanalitică contemporană continuă să-și evidențieze obiectivul, respectiv ajutarea clienților să devină conștienți de funcționarea lor emoțională și dezvoltarea unei mai mari capacități de tolerare și gestionare a unei serii extinse de experiențe emoționale. Următorul studiu de caz ilustrează lucrul cu o tânără mamă aflată în psihoterapie psihodinamică și procesul care a condus la schimbare:

„Mercedes" este o tânără hispanică de 25 de ani care a solicitat o întâlnire pentru a explora posibilitatea de a urma o psihoterapie psihodinamică. La vârsta de 19 ani, când era studentă în anul II la un colegiu prestigios, a realizat că rămăsese însărcinată cu fostul ei iubit, în timpul unei vizite făcute acasă. El era student la o universitate locală și s-a oferit să se căsătorească cu ea, iar ea a fost de acord. Mercedes a trebuit să-și întrerupă studiile, să se întoarcă acasă și să își găsească un loc de muncă în apropiere. Căsnicia s-a zbătut sub presiunea factorilor de stres obișnuiți (parentaj și probleme financiare) și s-a destrămat cinci ani mai târziu, lăsând-o pe Mercedes cu doi copii, în vârstă de 4 și 1 an, cu care s-a dus să locuiască alături de părinții ei. După un an, datorită sprijinului familiei, ea a fost capabilă să-și reia studiile. A părăsit casa părintească și a început să trăiască

 independent împreună cu fiicele, iar mama ei s-a mutat cu ele pentru a o ajuta în primele șase luni.

Mercedes este o tânără elocventă, asertivă, care dorește terapie pentru a învăța cum să gestioneze stresul și sentimentul de vinovăție cauzate de percepția ei că trebuia să sacrifice calitatea îngrijirii fiicelor pentru a-și satisface ambițiile profesionale. Îi este greu să împartă creșterea copiilor cu mama ei și se simte prost pentru că este nerecunoscătoare și rea. Povestește că are mici atacuri de panică și este îngrijorată ca acestea să nu se amplifice și să nu-i afecteze capacitatea de a-și organiza timpul și de a-și crește copiii cu răbdare. Povestește că are certuri frecvente cu fiica cea mare și se simte foarte tristă după aceea. Certurile se referă la încrederea în sine și la independență. Crede că mama ei o răsfață prea mult pe fiica ei, iar aceasta, în schimb, refuză să respecte cerințele de bază ale lui Mercedes, cum ar fi să strângă jucăriile sau să facă baie. Mercedes se simte încolțită, epuizată și plină de furie. Se ceartă deseori cu prietenii și colegii „pentru nimicuri" și se descrie ca fiind într-o stare constantă de „iritare"

Pe parcursul primei ședințe, am avut impresia că Mercedes era oarecum anxioasă, după cum indica corpul ei cocoșat, cu o poziție inconfortabilă, cu brațele încrucișate la piept în timp ce privea prin cameră. Am observat că mă simțeam puțin anxioasă referitor la modul în care să încep consultația.

Terapeut: Pari să te simți foarte inconfortabil. Mă întreb dacă nu cumva venirea la terapie este inconfortabilă, poate?

Mercedes: Pur și simplu studiez încăperea și pe dumneavoastră, pentru un moment... Totul e atât de drăguț...

(*Prima dată vorbește defensiv, apoi începe să plângă.*) Mă simt așa de rușinată că s-a ajuns aici. Nici măcar nu pot să-mi gestionez sentimentele.

Terapeut: Este dificil să te simți atât de lipsit de control, uneori. Crezi că ai putea să-mi spui un pic mai mult despre experiența ta în timpul acestor momente?

Mercedes: (*Vorbește printre suspine.*) Pur și simplu mi se pare că nu am cuvinte. Este un sentiment care mă cuprinde; totul devine confuz în capul meu... astfel încât, când încerc să mă gândesc la asta mai târziu, nici măcar nu-mi amintesc de ce am fost așa de furioasă.

Terapeut: Lacrimile pe care le împarți cu mine... Crezi că ăsta e singurul mod în care poți să-mi povestești un pic despre ce se întâmplă?

Mercedes: Da, chiar cred asta... e așa de jenant... ca un copil mic.

Terapeut: Foarte multă rușine... pentru că simți că tânjești după afecțiune? Că ești furioasă?

Mercedes: (*Aprobă din cap.*) Foarte multă tristețe... nici nu pot să-mi amintesc ultima dată când m-am trezit din somn fericită că trăiesc. (*Urmează o tăcere lungă și tensionată.*)

Terapeut: E groaznic să trăiești așa... dar continui să te trezești și să trăiești... dacă-mi permiți... știu că abia ne-am cunoscut, dar mă întreb dacă nu cumva acolo este vinovăție și frică... nu cumva cineva, cum aș fi eu, într-o încăpere așa de drăguță ca asta, te-ar putea judeca și ar putea să-ți aducă aminte de toate greșelile pe care simți că le-ai făcut.

Mercedes: Nu mai vreau să-mi fie frică și să fiu tristă. Puteți să mă ajutați?

Terapeut: Cu siguranță putem încerca împreună, vorbind și încercând să facem legături urmând ritmul sentimentelor tale. Din ceea ce văd azi aici, ele sunt destul de puternice și preiau controlul, după cum povestești. (*Mercedes zâmbește timid.*)

Mercedes: Putem face o muzică nouă împreună... Asta fac oamenii „noștri" [mă refer la identitatea noastră culturală comună]. (*Râde, și râd și eu cu ea.*)

Climatul emoțional din încăpere s-a modificat dintr-unul de frică și rușine într-unul de siguranță incipientă. Am găsit împreună cu clienta mea o nouă metaforă în identitatea noastră culturală comună ca femei hispanice, una care a reușit s-o facă să se simtă înțeleasă și conținută, dar care a putut, de asemenea, să faciliteze explorarea rușinii și vinovăției pe care le simțea. Mai mult, împărtășirea acelei identități comune a făcut ca ea să se simtă invitată, într-o manieră explicită, să-și observe schimbările emoționale apărute ca reacție la o nouă relație.

Deși cuvintele contează și rămân esențiale în practica psihanalitică, psihoterapeutul psihodinamic contemporan este atent și observă și schimbările din tonul vocii, folosirea corpului, viteza și ritmul vorbirii. Influențați de descoperirile din domeniul sănătății psihice a copilului (Stern, 2019, 2010), psihologii psihodinamici sunt deopotrivă atenți la schimbările survenite în afecte, așa cum sunt exprimate în cuvinte și acțiuni, precum și la modul în care ele ne ajută să renunțăm la narațiunea care se dezvăluie treptat în contextul relației terapeutice pe cale de a se forma.

Mulți se întreabă dacă ascultarea psihanalitică este ghidată de afecte sau de cuvinte. Într-o ședință, psihologii psihodinamici nu numai ascultă, ci și simt. Comunicarea nu este doar verbală, este și emoțională. Încercarea freudiană de a neutraliza reacția emoțională a analistului nu a avut succes. Afectul s-a strecurat și, începând cu importanta lucrare a lui Heimann din anii '50 (Heimann, 1950), contratransferul a fost teoretizat încă o dată ca fiind reacția emoțională a analistului. De exemplu, atunci când o ascultam pe Mercedes povestindu-mi povestea ei, nu acordam atenție doar cuvintelor ei, ci și expresiilor corporale și faciale, precum și impactului pe care totul îl avea asupra propriilor mele sentimente, gânduri și reacții corporale. În această situație, cu o atitudine terapeutică de curiozitate lipsită de orice bănuieli, am putut să o invit pe Mercedes să se gândească la realitățile ei interioare și exterioare în contextul emoțiilor ei exprimate. Emoțiile sunt memorie, astfel încât mă întrebam dacă nu cumva lacrimile erau modul pe care îl găsise pentru a mă informa despre multe lucruri din trecutul ei, inclusiv despre rușinea simțită ca proaspătă mamă în comunitatea ei, ca și despre sentimentele de frică, furie și singurătate din prezent.

Exprimarea emoțiilor este poarta de acces spre viitoarea edificare a sensului în jurul unei narațiuni construite de clienți cu ajutorul psihoterapeuților psihodinamici. Ajutorul constă în oferirea de ipoteze referitoare la modul în care clienții gestionează sentimente și gânduri dificile prin utilizarea mecanismelor de apărare care ajută individul să păstreze sub control sentimentele, cum ar fi anxietatea. Odată oferite ipotezele, psihoterapeuții observă reacțiile emoționale ale clientului — verbale și nonverbale, conștiente și inconștiente, care sunt chiar și mai relevante. O abordare psihodinamică este atentă la schimbarea de

 la suprafață spre adâncime, concentrându-se simultan asupra conținutului și procesului.

Psihoterapia orientată psihanalitic se concentrează asupra mișcării de la descărcarea impulsurilor spre simbolizarea experienței afective (Bateman și Fonagy, 2016). De exemplu, sprijinul acordat lui Mercedes pentru a-și exprima, înțelege și modula ceea ce ea simțea că este furie nejustificată împotriva mamei ei a fost o motivație importantă pentru schimbarea ei. De ce? Simțind că mama nu-i merită furia, ea era deseori neobișnuit de lipsită de răbdare cu copiii ei și se implica în ceea ce considera a fi lupte iraționale despre corectitudine cu colegii de facultate. Mercedes părea că își exprimă și deplasează emoțiile conflictuale dinspre mamă spre alte relații, ceea ce avea un impact asupra funcționării ei ca părinte și îi periclita viitorul profesional. Pentru Mercedes, schimbarea ar fi însemnat să fie capabilă să recunoască sentimentul, să îl mentalizeze (adică, să îl privească din exterior și să-și imagineze cum ar putea ceilalți să îl primească din interior), să îl conțină, să și-l însușească și să-l trăiască nu ca pe ceva care i se întâmplă, ci, mai curând, ca pe ceva pe care își permite să îl experimenteze și să îl proceseze.

Atacurile de panică ale lui Mercedes erau un mesaj către ea și către mine deopotrivă, ca terapeut al ei, referitor la resentimentul și gelozia pe care le simțea față de fiica ei și la cât de periculoase și interzise simțea că sunt aceste sentimente. Unele reacții emoționale pot fi un semn al cărui limbaj codificat putem fi suficient de norocoși să-l descifrăm. Alte sentimente trezesc în noi o senzație de stranietate, atipică. Pe Mercedes, conștientizarea sentimentelor interzise în contextul unei relații terapeutice sigure i-a permis să le gestioneze și să le conțină. Acceptarea sinelui ei iubitor ca mamă și, de asemenea, a acelei părți din ea care le

invidia pe fiice i-a adus nu numai un sentiment de siguranță și libertate, dar și o schimbare în modul în care a înțeles și și-a conținut sentimentele ei și pe ale celor din jur. Schimbarea în acest context a însemnat insight și autoobservație crescute, plus implicare afectivă fără frică și evitare.

Esențiale pentru procesul psihodinamic ducând spre schimbare sunt matricea relațională și transferul/contratransferul care apar în cabinet și îi conferă relației o calitate „ca-și-când" În acest context, fricile și dorințele interzise pot fi reexperimentate, exprimate, conținute și însușite. Resentimentul, invidia și gelozia sunt exemple de emoții pe care mulți dintre noi și-ar dori să nu le simtă, astfel încât ele se potrivesc în descrierea sentimentelor, impulsurilor, pulsiunilor și emoțiilor inacceptabile despre care vorbea Freud. Aceste sentimente pot fi considerate semne care trebuie descifrate — o formă de comunicare de la o parte a sinelui către cealaltă.

Emoția și motivația în psihoterapia psihodinamică

> Investigația psihodinamică sugerează că indivizii sunt motivați sau impulsionați pentru a obține un sentiment de viață cu sens și a gestiona afectele și convingerile conștiente (și inconștiente) amenințătoare, pentru a crea sau interpreta experiențe exterioare în moduri care rezonează cu experiențele, preocupările și fantasmele interioare, precum și cu felul în care simt relațiile sine-ceilalți. (Chodorow, 1999, p. 14)

Din cadrul unui model structural al psihicului, sarcina psihanalizei este de a sprijini modificarea structurilor (respectiv, Se,

 Eu și Supraeu) care au fost deformate și inadecvat energizate în cursul dezvoltării. Transferul a devenit esențial în teoria și practica psihanalitică, atunci când experiența clinică a demonstrat că transferul este cel care oferă motivația pentru eforturile clienților de a se schimba. În gândirea și practica psihodinamică contemporană, întâlnirea analitică este mai curând construită mutual și contingentă transferului decât orchestrată intrapsihic de o singură persoană. Gândurile și sentimentele psihoterapeutului le influențează pe cele ale clientului, și invers.

„Rick", un tânăr de 20 de ani care a renunțat la școală și a început să lucreze într-un restaurant local la vârsta de 17 ani, a decis că are nevoie să găsească noi modalități de a-și gestiona anxietatea socială, astfel încât să poată urma o specializare ca instalator. Cu un an în urmă a început să se vadă cu Mary, o tânără stabilă și harnică, de 19 ani, studentă în anul doi la un colegiu al comunității locale. El se temea că o va pierde dacă nu va învăța să-și gestioneze anxietatea și tendința de a se izola social, care fuseseră motivul principal pentru care abandonase școala (respectiv, fobie de școală). Încercase în trecut mai multe abordări cognitive și medicații, dar, după ce a vorbit cu Mary, au decis împreună că trebuia să-și abordeze trauma de a-și fi pierdut mama la vârsta de 8 ani și modul în care acest lucru l-a afectat. Rick se simțea pierdut și un pic îngrijorat, pentru că Mary era prima lui iubită. Nu se putea concentra la muncă; se simțea nesigur, devenea imediat frustrat și deseori se afla în competiție cu Mary. Simțea că a pierdut controlul asupra gândurilor și sentimentelor sale. Nu putea dormi, pentru că se simțea îngrijorat în permanență.

Rick a participat la ședințe de psihoterapie psihodinamică timp de circa cinci luni; venea regulat și se străduia să reflecteze

la îngrijorările sale și să-și acceseze sentimentele. Frecvent avea reacții foarte articulate și controlate la intervențiile mele. În continuare prezint un fragment dintr-o ședință cu Rick, în care stilul său obișnuit pare să eșueze și duce la exprimarea afectului în transfer.

Rick: Nu sunt sigur dacă realizați efortul pe care îl fac pentru a plăti ședințele astea.

Terapeut: Am spus sau am făcut ceva care te face să simți sau îți indică asta?

Rick: Păi... v-am văzut uitându-vă la ceas de două ori în ultima jumătate de oră... Aveți un loc mai bun unde trebuie să fiți?

Terapeut: Sunt multe motive pentru care pot să mă uit la ceas, dar tu se pare că știi cu o oarecare certitudine că motivul este pentru că nu-ți apreciez efortul?... Probabil asta te face să te simți destul de ignorat și maltratat...

Rick: Nu-mi răspundeți ca din cărți, dr. M... Știu că trebuie să vă simțiți obosită de nesimțitul ăsta stupid care nu pare în stare de nimic altceva decât să se plângă și să se învârtă în jurul cozii...

Terapeut: Să văd dacă am înțeles bine. Cred că ești plictisitor, prost și inferior, și abia aștept să scap de tine? (*Rick privește în pământ și apoi râde într-un fel ciudat și oarecum sinistru.*)

Rick: Spuneți-mi că nu e adevărat. Uitați-vă în ochii mei și spuneți-mi că nu e adevărat...

Terapeut: Am vreo șansă să mă crezi?

Rick: Bună întrebare...

Terapeut: Situația asta în care ne aflăm acum seamănă cu ceva care îți este familiar?

Rick: Da... Tatăl meu mereu a crezut că sunt un nesimțit leneș, prost și dislexic... Cred că toată lumea gândește asta...

Terapeut: Ți-e teamă că Mary se va dezmetici într-o zi și te va vedea așa... nevoia de a te schimba — de a fi mai bun — pare urgentă... dar schimbarea nu pare să vină suficient de repede... Ne risipim timpul și resursele reciproc... (*Postura lui Rick se schimbă, iar el începe să strige într-un mod controlat.*)

Rick: Uneori, când mă ajutați să văd în ce rahat mă bag singur și nu respingeți pur și simplu chestia asta și vă înfuriați, mă faceți să-mi fie dor de mama... Ea avea răbdare...

Terapeut: Nu povestești niciodată de ea... Prea mare suferința?

Rick: Da... Tata mereu a spus că morții trebuie lăsați în pace... N-are sens să plângem după ei.

Furia și acuzațiile lui Rick îndreptate spre mine, ca psihoterapeut ineficient și nepăsător, au fost primele manifestări ale motivației sale reale de a urma o psihoterapie: doliul după mama sa și, odată cu el, retrăirea furiei și sentimentului de trădare pe care le simte un copil când îi moare un părinte. Frica de a nu-și pierde iubita era întreținută de o dorință nerezolvată din trecut, trezită de o nouă versiune a dorinței de a fuziona și a rămâne apropiați, precum și de cunoașterea și amintirea, atât din punct de vedere cognitiv, cât și emoțional, a faptului că totul se poate sfârși destul de neașteptat. Rick s-a perceput drept un ratat care nu este demn de iubire și recunoaștere. Am bănuit că această stare de lucruri era în

legătură cu faptul de a fi lăsat cu un tată care nu putea face doliu și avea resentimente față de supraviețuirea copilului său.

Rolul motivației și al emoției în practica clinică

Să ne întoarcem pentru o clipă la cadrul teoretic psihodinamic care configurează travaliul cu afectele și, de asemenea, la lucrările lui David Rapaport, un reprezentant major al psihologiei Eului, considerat mult timp drept autorul psihanalitic focalizat asupra afectelor. În 1950, el publică *Emotions and Memory* (*Emoții și memorie*) (Rapaport, 1950), o carte care explorează rolul afectelor în psihanaliză. El considera că ceea ce motivează un individ este o lipsă de echilibru intern (respectiv, dezechilibru energetic) și nu stările afective. Din păcate, rezultatul acestei abordări a fost o excludere a semnificației individuale unice pe care cu toții o acordăm experienței noastre în contextul relațiilor. De exemplu, în contextul unei ședințe, cum experimentează clientul și terapeutul același schimb interpersonal și cum îi atașează semnificații diferite? Ce înseamnă pentru fiecare dintre ei? Cum creează aceasta un spațiu în care un dialog despre impactul unuia asupra celuilalt este trăit, conținut și metabolizat de către diada terapeutică?

Studiind dezvoltarea ulterioară a rolului emoției și motivației în literatura psihanalitică, găsim opera crucială a lui Otto Kernberg (1982), care a propus o modificare a teoriei pulsiunilor în lucrarea sa *Self, Ego, Affects and Drives* (*Sine, Eu, afecte și pulsiuni*). Aceasta a fost o schimbare importantă, care a dus gândirea psihanalitică mai aproape de conștientizarea importanței centrale a relațiilor de obiect și, odată cu aceasta, la o reconsiderare a rolului emoției în contextul relațiilor. La fel ca la Sandler, în

lucrările lui Kernberg afectele devin ierarhic mai semnificative decât pulsiunile, readucând în discuție relația dintre afecte și manifestările psihologice ale pulsiunilor. Respectiv, cum gestionăm conflictul interior și ce impact are acesta asupra emoțiilor noastre? Pentru Kernberg, noțiunea de afecte, așa cum se dezvoltă ele pe parcursul integrării imaginii interne pe care o avem despre relații (respectiv, relații de obiect internalizate), semnalizează și monitorizează pulsiuni activate. Această noțiune este în special adevărată în contextul lucrului cu clienți înalt perturbați, ale căror experiențe relaționale nu au permis realizarea unei astfel de integrări. Astfel, ea a devenit importantă în momentul luării în considerare a emoțiilor ca păstrătoare ale memoriei, atât la nivel mental, cât și corporal, precum și a impactului relațiilor timpurii perturbate cu figurile de îngrijire asupra dezvoltării. De exemplu, dacă aceeași persoană de îngrijire care ar fi trebuit să ofere un sentiment de siguranță unui individ îl sperie într-un mod imprevizibil, individul va gândi și despre alte relații că sunt potențial periculoase și își va organiza emoțiile și reacțiile emoționale pe baza acelei convingeri.

Kernberg (1988) consideră că afectul este indicatorul sau reprezentarea psihică a nevoilor instinctuale, pe care persoanele primare de îngrijire fie le-au împlinit, fie le-au neglijat în stadiile timpurii ale vieții. Conform lui Kernberg, maturitatea este indicată de conștientizarea simultană a integrării emoțiilor pozitive și negative referitoare la sine și la ceilalți, precum și o abilitate sporită de conștientizare și tolerare a emoțiilor negative. Poți iubi și urî aceeași persoană și ești conștient că poți simți furie față de ea, dar să păstrezi simultan sentimente puternice de iubire. În acest fel, Kernberg a reținut teoria pulsiunilor duale a lui Freud (respectiv, Eros și Thanatos), menționată mai sus. Cu toate acestea, el a

învelit-o în relație. De aceea, din punct de vedere clinic, ceea ce se întâmplă în relație între un terapeut și un client în cadrul transferului permite revizuirea, retrăirea și reorganizarea experienței emoționale timpurii în context de doi: psihoterapeut și client. În acest context, obiectivul principal de ușurare a durerii psihice și eliberare a capacității clientului de mentalizare ar putea fi conceptualizat și formulat ca un schimb constant și un proces de influență reciprocă dintre client și terapeut (Kernberg, 2009).

Emoția ca motivație pentru explorare

În terapia lui Rick, discutată mai devreme în secțiunea „Emoție și motivație în psihoterapia psihodinamică“, am putut să mă mențin în dimensiunea „ca-și-cum“ a transferului. Brusc, am avut impresia că devenisem tatăl critic, părintele ineficient care nu poate aprecia și valida eforturile copilului aflat în doliu. În loc să evidențiez, de exemplu, că acuzațiile lui aveau de-a face cu o distorsiune cognitivă, am început prin păstrarea conflictului în dimensiunea aici-și-acum a transferului și am reacționat diferit. L-am invitat pe Rick să investigheze punctele tari ale sentimentelor sale, și anume, agresivitatea față de părintele ineficient și critic, în același timp recunoscând și empatizând cu dorul său după mama pierdută și sentimentele de furie și neputință care însoțeau experiența. Evocând amintirea mamei „clientului“, Rick m-a ajutat să înțeleg că mai devreme îi oferisem ceva bun, o experiență care i-a permis să lucreze cu mine în transfer.

Clienții care caută ajutor psihanalitic au multe motive. Durerea psihică, rezultat al dificultăților din domeniul relațiilor apropiate, este un motiv de prim rang. Cu toții ne dorim să ne simțim iubiți și să fim capabili să-i iubim pe ceilalți. Sună atât de

simplu, cu toate acestea știm din proprie experiență că nu este deloc simplu. Folosirea motivației pentru conectare, înnăscută la toți oamenii, reprezintă aspectul pe care se centrează o abordare psihoterapeutică psihanalitică. În contextul unei relații terapeutice, acea abordare folosește motivația ca forță propulsoare pentru promovarea acceptării unei invitații de a trăi emoțiile care apar aici-și-acum și de a le retrăi pe cele din trecut. Această explorare are loc cu și fără cuvinte; este explicită și implicită în natură. Psihoterapeutul psihanalitic contemporan își invită clienții să se îmbarce într-o explorare a plecării de pe o poziție reciprocă de necunoaștere și curiozitate. În contextul acelei călătorii, terapeutul psihodinamic ascultă și observă într-un cadru clinic, care îl invită să fie atent la manifestările transferențiale și contratransferențiale, la proiecție și la alte mișcări psihice defensive. În acest context, relația psihoterapeutică devine un container pentru toate acestea.

Emoția și relația terapeutică în psihoterapia psihodinamică

> Când se întâlnesc două personalități, se creează o furtună emoțională. Dacă între ele se produce un contact suficient... apare o stare emoțională prin combinarea celor doi indivizi (Bion, 1979, p. 247).

Așa cum am ilustrat în secțiunile anterioare ale acestui capitol, psihoterapia psihodinamică și psihanaliza de astăzi s-au orientat spre două centre: clientul și psihoterapeutul/psihanalistul. Atunci când psihanaliștii vorbesc despre o *psihologie de*

două persoane, ne referim la doi indivizi care interacționează, se influențează și se completează unul pe altul în siguranța mediului „ca-și-cum" din situația clinică. Transferul și contratransferul sunt acum considerate a fi o producție artificială a tehnicii analitice, indispensabilă pentru evoluția și rezultatul tratamentului (Baranger, 2012, ghilimele adăugate — n. red.).

Terapeutul psihodinamic care observă, ascultă și simte în cabinet

S-a scris mult, în literatura psihanalitică, despre rolul diadei terapeutice și al spațiului intersubiectiv pe care îl creează. Thomas Ogden (1994), de exemplu, a dezvoltat conceptul de *terț analitic intersubiectiv.* El a considerat mișcarea dialectică a *subiectivității individuale* (respectiv, terapeut și client ca persoane separate cu vieți inconștiente separate) și cea a *intersubiectivității* (respectiv, viața inconștientă creată împreună de cuplul terapeutic) drept fenomene centrale în psihanaliză. Acea *terță subiectivitate,* dobândind viață proprie, este rezultatul subiectivităților separate ale psihoterapeutului și clientului din situația psihodinamică/psihanalitică. A fi conștient de aceste procese, a le observa și a le asculta devine de o importanță tehnică, în special în contextul afectelor și al manifestărilor lor în cabinet. Așa cum vom explora mai târziu în acest capitol, fenomenul are un impact nu numai asupra a ceea ce ascultă, ci și asupra modului în care terapeuții ascultă și în care utilizează acest lucru în contextul rolului lor de psihoterapeuți psihodinamici și psihanaliști.

Procesul *schimbării psihice* apare în contextul relației terapeutice, întrucât clientul și terapeutul împreună acordă atenție diferitelor sentimente și manifestări emoționale prezente în

cabinet sau evocate în cabinet, din trecutul recent sau îndepărtat. Psihanalistul îi acordă „atenția sa liber flotantă" (Carlson, 2002, p. 276) clientului, care, în schimb, alege să vină în fiecare săptămână, dispus să exploreze emoții uneori dureroase, uneori vesele, toate motivate de speranța alinării, libertății și conștientizării de sine. Conform lui Carlson (2002, p. 748), această atenție liber flotantă le reamintește psihoterapeuților și psihanaliștilor că:

- Pendulăm încontinuu între atenție concentrată și atenție liber flotantă.
- Nu suntem un registru pasiv.
- Trebuie să învățăm cum să ne balansăm în ritmul clientului, așa cum am învățat odinioară să facem cu copilul care se balansa în leagăn lângă noi, în curtea școlii.
- Ca un copil care se dă în leagăn, ar trebui să fim conștienți de schimbarea constantă a perspectivelor asupra peisajului. Atenția noastră este iubitoare, dar este și agresivă, prin aceea că înțelege diferit ceea ce clientul crede că comunică.
- O lipsă de tact sau precizie îl poate face pe client să se simtă obiectul unui asalt liber flotant.
- În orice moment, trebuie să fim liberi să permitem materialului să realizeze un asalt liber flotant asupra ideilor preconcepute ale clientului.
- Ca și pe terenul de joacă, dacă nu experimentăm o parte din călătorie ca zbor lipsit de efort, ratăm o parte a experienței.
- Oamenii nu se pot da în leagăn fără să simtă senzații plăcute și, din când în când, puțină frică.

Așa cum transmite minunata metaforă a lui Carlson (2002), a lucra ca psihoterapeut psihodinamic sau psihanalist necesită capacitatea de a fi în contact cu sentimentele pozitive și negative

ale cuiva, încercând să fii prezent și viu într-un mod autentic pentru clienți și propria lor experiență emoțională exprimată verbal și nonverbal. Multe elemente din tehnica psihoterapeutului psihodinamic sau psihanalistului intră în joc în timpul unei ședințe și sunt organizate în jurul relației terapeutice în permanentă naștere și transformare. Așa cum sperăm că am prezentat în acest capitol până acum, o schimbare importantă în gândirea psihodinamică a fost aceea că psihanalistul nu mai este considerat doar ca un observator și investigator, ci și ca un participant deplin la proces (Bollas, 1979).

Alianța terapeutică și emoțiile: rupturi și reparații

Cercetarea din domeniul dezvoltării a subliniat importanța învățării reglării vieții emoționale a individului (Beebe, 2000; Mahler, Pine și Bergman, 1975; Stern, 2019). Lucrarea menționată a demonstrat modul în care rădăcinile acestei învățări sunt bine înfipte în copilăria timpurie și în experiența pozitivă a observării, reglării și înțelegerii emoțiilor. Una dintre primele legături dintre o mamă și bebelușul ei este emoțională, de la suflet la suflet, chiar dacă fetusul sau bebelușul nu are încă un psihic diferențiat de corp. Capacitățile individuale ale conștientizării, dezacordului și înțelegerii propriilor experiențe emoționale ale sugarului sau fetusului vor evolua din aceste contacte emoționale timpurii, oferindu-i individului ulterior posibilitatea să-și experimenteze sentimentele și să sufere emoțional sau să simtă plăcere (de Bianchedi, 2001).

De obicei, afectele plăcute sunt asociate la început cu interacțiuni gratificante cu persoana de îngrijire primară și deseori sunt în relație cu hrănirea sau alte experiențe pulsionale

(de pildă, somnul, liniștirea). Cu toate acestea, plăcerea, interesul, surpriza, entuziasmul, încântarea, bucuria și așa mai departe pot ajunge să fie rapid experimentate în legătură cu explorarea, descoperirea și controlul. Aceste emoții pozitive duc la un sentiment plăcut de bine și competență, construind în general o senzație de control. În final, dacă totul merge bine, aceste afecte funcționează pentru a asigura că sentimentul de competență și starea de bine rămân relativ stabile.

Reglarea sentimentelor pozitive și negative depinde de capacitatea de a dezvolta o *funcție de semnal* stabilă a afectului. Această funcție de semnal (respectiv, capacitatea de a discerne între comportamentele sau emoțiile amenințătoare și cele neamenințătoare) ia naștere din trăirea reciprocității dintre persoana de îngrijire și copil, caracterizată printr-o comunicare bazală, cu două sensuri, semnificativă, care procesează un *dialog afectiv*. Odată ce acest dialog afectiv devine bine stabilit, sugarul începe să participe la interacțiuni regulatoare și dezvoltă unele abilități de autoreglare.

În importantul său studiu „On the Therapeutic Action of Psycho-Analysis" („Despre acțiunea terapeutică a psihanalizei"), Hans Loewald (1960) oferă o descriere coerentă, globală a procesului terapeutic analitic. El a introdus o perspectivă interacțională, bazată pe relațiile de obiect asupra psihicului, pentru înțelegerea dezvoltării și a funcționării psihice actuale. El era de părere că acțiunea terapeutică a psihanalizei depinde de noua experiență avută cu analistul, care produce o reluare a dezvoltării permițând regresia de transfer și furnizându-i clientului o nouă oportunitate pentru o experiență de parentaj adecvat. Acest parentaj adecvat include modelarea terapeutului sau comunicarea cu clientul ca ființă umană integrată, cu un trecut

și un viitor așteptat. Loewald a scos în evidență umanitatea analistului și termenii umaniști ai tranzacției dintre analist și client.

În contextul descris de Loewald (1960), ideea că oamenii pot avea sentimente de care trebuie să scape este comună și se bazează pe o considerare a emoțiilor drept substanțe corporale de care trebuie să scăpăm. Acesta este un fel de „model de deșeuri toxice" al emoționalității, în care sentimentele neplăcute, dacă le este permisă rămânerea în interior, ne vor răni pe noi sau pe altcineva. Dintr-o perspectivă psihodinamică, valoarea exprimării sentimentelor nu rezidă doar în „scoaterea lor în afară", ci și în exprimarea lor în fața altei persoane în contextul unei relații terapeutice predictibile și sigure în cadrul căreia ele pot fi exprimate, înțelese și modulate. Este util să ai pe altcineva sau o parte a sinelui care să-ți poată asculta starea emoțională și să te ajute să o gestionezi. Un psihoterapeut psihodinamic predictibil, consecvent încearcă să ofere un mediu de siguranță, în care să aibă loc exprimarea, atestarea și metabolizarea emoției dificile.

Întâlnirea psihanalitică contemporană acordă atenție conținutului și procesului. Lucrul cu emoțiile și manifestările lor reprezentaționale, definite ca *afecte*, apare în contextul relației terapeutice. Intervențiile terapeutului în acest proces sunt în principal configurate de evoluția formulării clinice a situației clientului de către terapeut, dar, cel mai important, de către co-construcția emergentă a sensului între client și terapeut. Cu toate acestea, terapeutul este ghidat în această căutare comună și de modul în care el înțelege importanța calității relației așa cum se dezvoltă ea în alianța terapeutică emergentă, de utilizarea instrumentelor clinice, cum ar fi interpretarea apărărilor (spre exemplu, proiecția), procesul de introiecție, travaliul în transfer,

precum și de importanța explorării contratransferului terapeutului. Procesul psihoterapiei psihanalitice este cu adevărat un proces de dezvoltare, în care are loc o eșafodare cu colaborarea clientului și a terapeutului, și unul în care terapeutul încearcă să-și întâlnească clientul acolo unde se află acesta, în termenii capacității lui de exprimare, explorare și modulare a emoțiilor.

Ofer în continuare un studiu de caz pentru a ilustra rolul emoției în contextul relației terapeutice dintre un client și un psihoterapeut psihodinamic. Evidențiez valoarea alianței terapeutice ca mod de a construi un spațiu pentru siguranță și creativitate.

„Joseph" este un bărbat de 50 de ani care și-a petrecut toată viața trecând de la un serviciu la altul. După două căsnicii eșuate, a hotărât că trebuie să-și exploreze dificultățile de gestionare a „temperamentului" său cu femeile. După trei luni de psihoterapie psihodinamică cu o frecvență bisăptămânală, Joseph a intrat în cabinet plângându-se că terapeuta nu făcea nimic să-l ajute:

Joseph: Vin aici, îmi deschid sufletul și dumneavoastră stați și ascultați și mă lăsați tot weekendul să mă chinui cu gânduri și sentimente care mă fac să mă simt și mai rău. (Ascultându-l, îmi conștientizez sentimentele de vinovăție că l-am „părăsit" timp de patru zile după o ședință dureroasă, în care el își dezvăluise sentimentele de pierdere a celei de-a doua căsnicii și faptul că avea 50 de ani și nu avea copii.)

Terapeut: Poate că mă înșel, dar cred că îmi comunicați cât de dureros este să veniți aici și să fiți cu cineva care vă invită să fiți vulnerabil. (Urmează o lungă tăcere; văd

cum figura clientului meu se transformă. Înregistrez o schimbare în propria mea stare emoțională: mă simt anxioasă.)

Joseph: (*ridică vocea, privindu-mă cu ură*): Mă simt iritat de figura dumneavoastră arogantă... Am recomandări bune despre dumneavoastră, dar eu încep să mă îndoiesc de capacitățile dumneavoastră... Mă simt mai rău, nu mai bine. Cred că asta e soarta mea: nu pot să găsesc vreo femeie care să nu-mi agraveze starea... Detest faptul că nu știu ce gândiți acum. Și, vă rog, nu mă întrebați ce-mi imaginez că gândiți, pentru că nu e treaba mea! Mi-am petrecut toată viața încercând să înțeleg oamenii dificili, în special femeile. Nu înțeleg ce le fac eu oamenilor, de ce cred despre mine că sunt un nenorocit. Nu știu de ce oamenii nu cred că glumele mele sunt amuzante. Nu știu de ce oamenii nu pot înțelege că eu îmi doresc doar puțină căldură și acceptare... Simt că numai eu muncesc aici... Îmi vine să fac implozie! (Constat că mă simt pierdută, dar și conștientă de istoria lui Joseph de copil cu o mamă deprimată. Îmi schimb postura și devin mai conștientă de expresia mea facială. Mă mișc ușor și mă aplec spre el. Joseph pare să se calmeze, iar vocea i se relaxează vizibil.)

Terapeut: Văd și simt că am făcut sau am spus ceva care vă face să vă simțiți dezamăgit și furios pe mine. Nu vă cer să vă schimbați felul în care simțiți, nici nu vă cer să faceți toată treaba singur, dar pot să văd și să simt că este primul loc în care vă duceți... Mă întreb dacă am putea vedea ce s-a întâmplat chiar acum

între noi, fiind atenți și acceptând cum vă simțiți în momentul de față. Nimeni nu trebuie să muncească singur... (*Liniște*.)

Joseph: Simt un val de sânge în cap și apoi nu mai pot opri furia. E ca și când... ca și când simt nevoia să beau un pahar, simt nevoia de răzbunare...

Terapeut: Pe terapeutul ineficient și prost. (Joseph zâmbește și eu îi răspund cu un zâmbet.)

Terapeut: Pare că, pe măsură ce sentimentul este mai puternic, el devine totodată înfricoșător și ciudat de satisfăcător.

Joseph: Da... Aș vrea să pot spune că îmi pare rău, dar nu-mi pare. Mă simt mai bine...

Terapeut: Mă întreb dacă putem analiza ce s-a întâmplat, acum, că a trecut furtuna emoțională?

Joseph: Cred că pot acum...

Travaliul meu cu Joseph demonstrează nu numai procesul rupturii și reparației care au dus la întărirea alianței terapeutice (Safran, Muran și Eubanks-Carter, 2011). De asemenea, el ilustrează și valoarea lucrului în dimensiunea aici-și-acum a transferului, în cabinet.

Transferul

Niciun alt proces psihic nu furnizează un teren de testare mai precis pentru transformarea emoțiilor, ca transferul. Transferul este, în primul rând, parte a legăturii emoționale complexe care se dezvoltă între client și psihoterapeut. Principala caracteristică a acestei situații și cea care furnizează un beneficiu vital pentru interpretările psihanalitice este repetarea experiențelor

emoționale timpurii. Clientul nu numai că își reamintește aceste experiențe, ci de fapt le retrăiește și emoțional, redirecționând multe sentimente, cum ar fi iubirea, ura, frica, furia și invidia către persoana psihoterapeutului. În acest fel, emoțiile, calitățile și simbolurile care avuseseră odinioară o forță foarte mare asupra individului ies din nou la suprafață în psihoterapia psihodinamică, pentru a oferi o dovadă puternică în ceea ce privește originile tulburărilor psihice. Importanța valorii mutative a relației terapeutice și credința în inconștient rămân esențiale pentru toate strădaniile psihodinamice. Observarea, recunoașterea și travaliul în transfer rămân elementele esențiale ale instrumentarului psihoterapeutului psihanalitic.

Revenind la vigneta din secțiunea precedentă, am avut impresia că experiența lui Joseph cu o persoană de îngrijire ineficientă și imprevizibilă era retrăită în siguranța relației terapeutice. Cu toate acestea, având în vedere că nu lucram împreună decât de trei luni, am decis să fac față furtunii afective (Bateman și Fonagy, 2016) fără să ofer vreo interpretare, ci doar fiind împreună cu clientul, observând și punându-mi întrebări. Aceasta ne-a dus înapoi într-un loc sigur, unde, după o perioadă în care ne-am focalizat pe capacitatea lui de a-și gestiona furia într-un mod în care puteam încă să o mentalizăm și să-i supraviețuim împreună, am fost capabili să-i explorăm în cele din urmă puternicele emoții de frică, durere și furie în siguranța transferului. O interpretare prematură în acest caz ar fi dus la fuga lui Joseph din terapie, așa cum făcuse de multe ori înainte, cu alți terapeuți, precum și cu cele două soții. Era necesar un proces de eșafodaj, cu fundamentarea încrederii că orice emoție putea fi explorată, conținută și metabolizată în relația noastră.

Conform lui Loewald (1960), Freud a utilizat transferul în trei moduri:

- Transferul se referă la transferul relațiilor cu obiectul infantil asupra obiectelor ulterioare (de exemplu, de la un părinte, către partener).
- Un al doilea sens implică transferul libidoului de la Eu spre obiecte (respectiv, de la sine către ceilalți).
- Transferul se referă la modul în care ideile inconștiente își transferă intensitatea către ideile preconștiente și în final către cele conștiente (de exemplu, vinovăția inconștientă se transformă în sentimente de furie împotriva sursei conflictului care cauzează sentimentul de vină).

Loewald (1960) susține că transferul, în toate cele trei sensuri, este normal și dezirabil, dar a treia semnificație a lui este cea care îl preocupă cel mai mult pe clinicianul psihanalitic (Chodorow, 1999). Psihanaliștii contemporani au descris transferul ca proiectând sentimentele referitoare la părinte nu neapărat asupra analistului, ci în cadrul situației psihanalitice, ca întreg (Joseph, 1985; Loewald, 1960). Psihanaliștii nu mai vorbesc doar despre versiuni vechi ale fostelor relații; mai curând, ei vorbesc despre modul în care clientul își exprimă realitatea interioară psihică în ceea ce face, fie în discuții despre sentimente în timpul unui eveniment profesional, la o petrecere, în familie, fie în tăcere. Psihanaliștii încep prin investigarea întâlnirii analitice, însă realizează rapid că transferul se află oricând se atribuie sentimente, fantasme și semnificație emoțională oamenilor și situațiilor. În perspectiva contemporană asupra transferului, întâlnirea analitică este mai degrabă construită reciproc decât orchestrată intrapsihic de o singură persoană (Chodorow, 1999).

Christopher Bollas (1979) a descris o zonă intermediară între subiectivitățile clientului și ale analistului. Conform lui Bollas, analistul personifică un rol transformațional care imită funcția transformațională a mamei cu bebelușul. Terapia oferă clienților un spațiu și o relație care facilitează împărtășirea unei culturi secrete mamă–bebeluș. În acest context, siguranța relației și atitudinea binevoitoare a analistului stimulează o nouă abilitate constând într-o atitudine de acceptare și toleranță față de dorințele inconștiente infantile și față de cele sexuale, agresive și narcisice prezente ale individului. Din această perspectivă, capacitatea analistului de autoîngrijire, de înțelegere a propriilor sentimente și de reflectare asupra propriei vieți emoționale se va dezvolta, presupunând că nu există probleme organice, dacă individul a reflectat cu precauție asupra propriilor emoții.

Contratransferul

Teoria și practica psihanalitică contemporană consideră *contratransferul* drept modul în care analistul percepe și procesează, dar și modul în care ascultă și învață de la client. Instrumentul de cercetare al psihoterapeutului este contratransferul, așa cum a fost el inițial teoretizat de școala britanică a relațiilor de obiect, care a favorizat o restricționare a ceea ce se consideră contratransfer la ceea ce psihoterapeutul poate spune din analiza propriilor reacții la client. O definiție mai amplă a contratransferului acoperă nu numai sentimente de emoție, ci și comportamente, fantasme și alte reacții la comunicarea inconștientă a clientului, inclusiv ceea ce Sandler și Sandler (1978) au descris ca „receptivitatea de rol" (p. 289) a comportamentului terapeutului. Această receptivitate de rol poate fi folosită de terapeutul

cu experiență într-o formă superioară de autointerpretare reflexivă, pentru a-l orienta în relația cu clientul.

Psihoterapia psihodinamică evidențiază importanța observării reacțiilor emoționale, atitudinilor, valorilor și intereselor preferențiale ale terapeutului, nu doar în influențele evidente, ci și în cele subtile și nonverbale din procesul interacțiunii celor două psihologii în cabinet (respectiv, caracterul, temperamentul și stilul, vârsta și sexul psihoterapeutului; Anderson, Ogles, Patterson, Lambert și Vermeersch, 2009; Lambert și Ogles, 2004). Fiecare pereche client–psihoterapeut este diferită și are propriul său transfer–contratransfer.

Loewald (1986) a formulat ideea că atât psihanalistul, cât și clientul au contratransfer la transferul fiecăruia dintre ei la celălalt. Cu toate acestea, contratransferul clientului nu poate fi clar separat de transferul clientului. În acest context, Loewald vorbește despre felul în care transferul clientului reacționează la contratransferul analistului.

O altă perspectivă este cea a psihanalistului de copii Donald Winnicott (2003b), care a propus ca terapeutul să lucreze la clarificarea și detoxifierea contratransferului, pentru a-și menține obiectivitatea. Ca un corolar, el a sugerat că unii clienți perturbați evocă o ură intensă, astfel încât terapeutul ar trebui să fie capabil să urască obiectiv clientul, ceea ce va oferi o comunicare benefică, realistă cu clientul în ceea ce privește provocarea sa. La ce se referea Winnicott? Să ne întoarcem la cazul lui Joseph.

Am înțeles acuzațiile lui Joseph față de mine, întrucât el a retrăit sentimente puternice, care l-au speriat, pe măsură ce relația noastră terapeutică a devenit mai apropiată și mai puternică. M-am transformat oare într-o mamă deprimată? Îl voi părăsi și eu? Pe de altă parte, înregistrându-mi propriile

sentimente în fața atacului și acuzării, am fost capabilă să-mi folosesc reacțiile emoționale pentru a-mi imagina experiențele clientului meu care și-a pierdut mama în copilăria mică, permițându-mi să recunosc faptul că m-am simțit supărată de acuzațiile lui. Acest proces mi-a permis să ofer oglindire marcată (Fonagy et al., 2002), adică, experiența unui individ care este cu adevărat curios și receptiv față de sentimentele celuilalt, urmată de o încercare de a reacționa autentic într-un mod care să-l facă pe celălalt să se simtă înțeles și, cel mai important, recunoscut. În acest fel, lucrul cu contratransferul individului permite crearea unui mediu terapeutic sigur, în care toate emoțiile, pozitive sau negative, sunt permise, exprimate, simțite și conținute.

Proiecția

Procesul de negare a unor aspecte ale sinelui, în schimb observarea acelor aspecte foarte clar la ceilalți se numește *proiecție* (Klein, 2008). Individul furios, care simte că nu ar trebui să fie furios, îi acuză rapid pe ceilalți că sunt agresivi, atunci când este agitat. Pentru Joseph, a fost mai ușor să-i considere pe alții ineficienți și aroganți decât să se confrunte cu disprețul și nemulțumirile pe care le simțea. Plasăm sentimentele și stările emoționale pe care nu le putem gestiona în noi înșine în exterior, în alții, astfel încât să nu le mai vedem și să nu ni le însușim. Acesta este uneori un eveniment pur mental — ceea ce psihanaliza numește un proces intrapsihic. O altă versiune a proiecției este ceea ce psihanaliza numește *identificare proiectivă*: aceasta apare atunci când un sentiment este insuportabil și este evacuat în altcineva. Acest proces, imaginat de Melanie Klein, descrie modul în care un individ vede în altul părți din sine, percepute de el ca fiind rele și periculoase.

Celălalt, primitorul, are tendința de a simți acele sentimente, uneori realizând că nu sunt ale sale cu adevărat, pentru că par străine și inconfortabile, și de obicei sunt percepute emoțional, dar și însoțite de cogniții (respectiv, idei și gânduri). Procesul identificării proiective se manifestă deseori în contextul fantasmelor inconștiente, apărând în dimensiunea „ca-și-când" a relației terapeutice. Depinde de terapeut să recunoască sentimentele străine și să încerce să facă legătura între ele și ceea ce se întâmplă la nivelul aici-și-acum al ședinței și al relației terapeutice.

Astfel de modalități de comunicare se pot înrădăcina și pot avea chiar beneficii secundare. De exemplu, Joseph se simțea vinovat că își abuzase verbal soția, însă, de asemenea, începuse să se bucure de puterea și controlul pe care le simțea. Abilitatea de a-și gestiona propriile stări emoționale, în loc de a fi obligat să le descarce asupra altora, este considerată în psihanaliză un semn de maturitate a individului și este esențială pentru ameliorarea reglării afective.

Interpretarea și explorarea emoției

Laplanche și Pontalis (1994) au definit *interpretarea* în cartea lor, *Vocabularul psihanalizei,* drept:

> A). Desprindere, prin investigația analitică, a sensului latent în spusele și conduitele unui subiect; B) În cură, comunicare adresată subiectului și urmărind să-i creeze accesul spre acest sens latent, după regulile cerute de orientarea și evoluția curei (p. 197).

Sensul termenului *interpretare* ca intervenție pe parcursul psihanalizei s-a extins treptat pentru a include definiția lui Wolf

(1993): „toate acele activități intenționale ale analistului, care, în totalitatea lor, provoacă o modificare a psihicului analizandului" (p. 45).

Următorul exemplu din practica mea cu o tânără de 25 de ani, „Silvia", ilustrează pe scurt interpretarea care încearcă să exploreze utilizarea emoției ca mod de a se apăra de un sentiment dificil care apare în relația cu un terapeut:

Silvia: M-am simțit mai puțin singură pe parcursul vacanței, de data asta. Am putut să fac față sentimentului... cred că fac progrese și nu mă mai sperie să fiu singură și plictisită.

Terapeut: Este dificil când toți sunt plecați în vacanța de primăvară, inclusiv eu.

Silvia: Păi, da... dar nu dumneavoastră neapărat. Mă aștept să luați câte o vacanță. Mă face fericită să mă gândesc că aveți grijă de dumneavoastră, sincer... Nu pot să mă supăr pe asta. Ar fi stupid și ar fi pretențios din partea mea, într-un fel copilăros. (*Râde.*)

Terapeut: Cred că vrei să-mi amintești cât de interzis simți că este să ai nevoie de oameni și să-ți permiți să te simți abandonată și lăsată în urmă... Pare că a simți astfel este copilăresc... stânjenitor, poate? (Silvia tace. În cabinet își fac loc tensiunea și o tonă de apărări. Își mișcă mai mult mâinile, se înroșește.)

Silvia: Uite ce este, cred că vedeți prea multe în asta. Mă simt un pic judecată...

Terapeut: Pare că simți că am sărit calul cu comentariul meu.

Silvia: Nu-mi place să mă gândesc la asta... mă face să mă simt jalnică. (*Începe să plângă și se posomorăște.*)

Terapeut: Ce se întâmplă cu tine acum?
Silvia: Aș vrea să vă fi oprit și să mă fi crezut când v-am spus că mă simt mai bine... Mi se pare că nimeni nu o să mă creadă vreodată.

În acest fragment de psihoterapie psihodinamică cu o tânără femeie care își pierduse mama la vârsta de 14 ani, clienta se apără de sentimentele de furie și abandon perceput din partea terapeutei pe perioada vacanței de o săptămână. Interpretarea terapeutei a încercat să recunoască dificultățile pe care Silvia le-a avut observându-și sentimentul de pierdere și experimentând în siguranță sentimentele de furie și tristețe care derivau din primele. Interpretarea a dorit să invite clienta să trăiască aceste sentimente în siguranța relației psihoterapeutice în care terapeuta reacționează diferit decât o făcuse orice altă figură importantă de atașament din viața clientei.

Nacht (1962) a subliniat importanța personalității analistului în procesul terapeutic: ce spune analistul este mai puțin important decât atitudinea lui, care reprezintă „factorul principal în vindecare, întrucât îi oferă clientului acceptarea pe care acesta nu a primit-o în copilărie" (p. 209). Revenind la vignetă, lucrând cu Silvia în contextul emoției, atitudinea mea a rămas autentică, umilă și curioasă, acceptând și explorând sentimentele care luaseră naștere în dimensiunea aici-și-acum a relației noastre terapeutice. În acest mod, i-am oferit clientei mele oportunitatea unei mai mari autoobservări și a unui control sporit în contextul emoțiilor deseori refulate și înăbușite. În contextul doliului nerezolvat și al altor experiențe traumatizante adânc înrădăcinate, precum și al emoțiilor dureroase pe care ele le provoacă, sincronizarea și tonul interpretării devin foarte importante. Există riscul,

așa cum s-a exprimat Donald Winnicott (2004), ca o interpretare făcută prea curând să împiedice înțelegerea proprie a clientului, negându-i astfel singura experiență posibilă de competență și creativitate. Ce înseamnă aceasta? Procesul lucrului cu emoția în psihoterapia psihodinamică este unul de co-construire și nu unul în care psihoterapeutul preaînțelept îi spune clientului cum să simtă.

Autorii contemporani au observat că insightul nu funcționează cu clienții grav perturbați; ceea ce funcționează este mesajul transmis prin tonul vocii și sentimentul pe care îl comunică, mai degrabă decât conținutul. De exemplu, Fonagy (1991) a explicat ineficiența interpretării la clienții borderline, din cauza deficitului lor de mentalizare, care îi împiedică până și să înțeleagă conținutul interpretărilor. Astfel, dintr-o perspectivă contemporană, acțiunea terapeutică a interpretării nu se mai referă la insightul pe care îl transmite, ci este căutată în cadrul relației din care ia naștere; nu există interpretare fără relație. Impactul terapeutic al interpretării rezidă în acordajul la stările afective ale clientului.

În contextul practicii psihodinamice contemporane, cu orizontul ei extins, unele intervenții sunt importante în formarea alianței terapeutice și a sentimentului de siguranță și încredere care facilitează exprimarea afectelor. De exemplu, utilizarea *clarificării*, diferită de interpretare, constă în reformularea sau rezumarea filonului discursului clientului, pentru a conferi o imagine mai coerentă conținutului comunicat de client. Clarificarea ajută clientul să articuleze ceva care îi este greu de verbalizat, cum ar fi o amintire dificilă și emoțiile puternice asociate ei. În exemplul următor, „Paul“, în vârstă de 17 ani, în mijlocul unei furtuni afective alimentate de comentariul terapeutului „aceasta pare să te deranjeze“, își exprimă sentimentele:

Paul: (*Țipând*) Nu pot să cred că și dumneavoastră sunteți derutat de fața mea! De când eram mic a trebuit să mă lupt cu toți, care nu înțelegeau că eu doar mă strâmb! M-am săturat să tot explic rahatul ăsta tuturor! Cum puteți să vă repeziți așa la concluzii? Acum sunt chiar furios! Furios!

(*Terapeuta ascultă și acordă atenție propriilor reacții fizice la strigătele lui Paul. Își monitorizează expresiile faciale și postura corporală. După câteva minute de liniște, se decide să ofere o clarificare.*)

Terapeut: Paul, cred că ai fost foarte jignit de comentariul meu, care te-a făcut să te simți foarte singur. Furia ta mă ajută să înțeleg ce reacție puternică ai avut la faptul de a te fi simțit neînțeles. Așa este?

Paul: Da... te simți al naibii de singur când ciudații de lângă tine nu înțeleg... chiar așa te simți.

Rămânând cu Paul în timp ce-și exprima afectele puternice și reacționând cu o clarificare autentic curioasă și umilă, terapeuta îi transmite lui Paul, folosind clarificarea, dorința ei de a înțelege și capacitatea ei de a rămâne calmă și de a-i oferi conținere.

Concluzie

Psihanaliza a fost acuzată că este mai bună să ajute oamenii să-și gestioneze nefericirea decât să devină mai fericiți. Freud (1895/2007) a declarat că obiectivul psihanalizei este să schimbe suferința umană în „nefericire obișnuită“ Impresia mea este că unul dintre motivele principale pentru care atât de multe

concepții greșite și acuzații înconjoară teoria și practica psihanalitică este că ele sunt un răspuns la propria ei istorie de dezvoltare, care a fost năpăstuită cu părinți antagonici, precum și definiții și dezbateri tehnice inconsecvente și derutante. Din punct de vedere istoric, psihanaliza a făcut o treabă foarte bună dezvoltând un limbaj interdisciplinar și integrându-se în peisajul noilor tratamente. Ca o ironie totuși elemente ale gândirii și tehnicii psihanalitice apar în cele mai multe modele terapeutice (Shedler, 2010). Când este vorba despre emoții, așa cum sper că am demonstrat, psihanaliza și psihoterapia psihanalitică se află într-un moment important în evoluția teoriei și practicii, ca rezultat al creșterii dialogului și colaborării interdisciplinare.

Un exemplu al acestei dezvoltări este sporirea legăturilor dintre gândirea psihanalitică și cercetarea bolilor psihosomatice. Cei mai mulți sunt acum de acord că afectele sunt inițial experimentate în corp ca stări fiziologice care pot deveni gradat ceea ce se poate numi *stări subiective* — sentimente sau experiență emoțională —, însă originea sentimentelor este intersubiectivă. Cercetarea a arătat că simptomele uneori sunt stări emoționale neprocesate găzduite în corp (Luyten, van Houdenhove, Lemma, Target și Fonagy, 2012). Această nouă înțelegere, care combină descoperirile din neuroștiințe, psihanaliză și cercetarea asupra copiilor validează o ipoteză psihanalitică îndelung contestată și, ceea ce este cel mai important, aduce în prim-plan importanța corpului în psihoterapie. Cunoașterea emoțională este viscerală și menținută cu amintiri procedurale adânc înrădăcinate în corpul și personalitatea noastră. În teoria și terapia psihodinamică contemporană există categoric un accent mai mare pus asupra încurajării trăirii și exprimării emoției. Afectele, și nu doar pulsiunile sunt considerate motivatorii primari ai comportamentului

și purtătorii informației care are nevoie de atenție. Dacă sentimentele interioare nu sunt accesate și conștientizate, ele vor menține automat comportamentul clientului, deseori în direcții dezadaptative. Spre deosebire de pulsiuni, conexiunile afective pot fi dezvățate și reînvățate (McCullogh et al., 2003).

Teoria și practica psihanalitică contemporană au trecut de la focalizarea pe psihologia unei singure persoane la focalizarea pe psihologia a două persoane. În acest context, credința centrală în inconștient continuă să fie esențială și lucrul care diferențiază psihanaliza de alte abordări psihoterapeutice. Psihanaliștii au perspective diferite asupra efectului mutativ atribuit diverselor aspecte ale procesului analitic. În funcție de puterea teoretică de convingere a psihoterapeutului, de personalitatea sa, de cultura sau propriile experiențe în calitate de client în psihoterapie, diferite combinații de noi cogniții, internalizări, insighturi și experiențe în contextul diadei terapeutice vor duce la schimbarea terapeutică. Toți psihanaliștii sunt de acord totuși că rezultatul ideal al procesului psihoterapeutic este o mai mare capacitate de autoobservare și control asupra sentimentelor pozitive și negative, manifestate sub forma unei reluări progresive a dezvoltării și a capacității de a iubi și a fi iubit.

Bibliografie

Allen, J.G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Londra, UK: Karnac Books.

Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J., și Vermeersch, D.A. (2009). Therapist effects: Facilitative interpersonal skills as a predictor of therapist success. *Journal*

of Clinical Psychology, 65, 755–768. http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20583

Baranger, M. (2012). The intra-psychic and the inter-subjective in contemporary psychoanalysis. *International Forum of Psychoanalysis, 21,* 130–135. http://dx.doi.org/10.1080/0803706X.2012.659285

Bateman, A. și Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide.* Cambridge, England: Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001

Bateman, A.W. și Fonagy, P. (2004). Mentalization based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders, 18,* 36–51. http://dx.doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772

Beebe, B. (2000). Co-constructing mother–infant distress: The micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter. *Psychoanalytic Inquiry, 20,* 421–440. http://dx.doi.org/10.1080/07351692009348898

Bion, W.R. (1962). *Learning from experience.* Londra, UK: Maresfield.

Bion, W.R. (1970). *Attention and interpretation.* Londra, UK: Maresfield.

Bion, W.R. (1979). The dawn of oblivion [vol. 3]. În *A memoir of the future* (pp. 427–578). Londra, UK: Karnac Books.

Blum, H. (1991). Affect theory and the theory of technique. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 39,* 265–289.

Blum, H. (2000, aprilie). *Language of affect.* Lucrare prezentată la al treilea Simpozion Internațional în Dezvoltarea Copilului „Margaret S. Mahler“, Tokyo, Japonia.

Bollas, C. (1979). The transformational object. *International Journal of Psychoanalysis, 60,* 97–107.

Breuer, J. și Freud, S. (1895/2014). Studii despre isterie. Ed. cit.
Carlson, D.A. (2002). Free-swinging attention. *Psychoanalytic Quarterly, 71,* 725–750. http://dx.doi.org/10.1002/j.2167-4086.2002.tb00024.x
Chodorow, N. (1999). *The power of feelings: Personal meaning in psychoanalysis, gender, and culture.* New Haven, CT: Yale University Press.
de Bianchedi, E.T. (2001). The passionate psychoanalyst or learning from the emotional. *Fort Da, 7,* 19–28.
Fenichel, O. (2013). *Teoria psihanalitică a nevrozei.* București: Trei.
Ferro, A. (2007). *Evitare le emozioni, vivere ler emozioni* [Avoiding emotions, living emotions]. Milan, Italy: Cortina.
Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis, 72,* 639–656.
Fonagy, P. (2005). An overview of Joseph Sandler's key contributions to theoretical and clinical psychoanalysis. *Psychoanalytic Inquiry, 25,* 120–147. http://dx.doi.org/10.1080/07351692509349124
Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., și Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self.* New York, NY: Other Press.
Freud, S. (1895/2007). Proiect de psihologie. În *Opere complete, vol. 17.* București: Trei.
Freud, S. (1916/2010a). Prelegeri de introducere în psihanaliză. În *Opere esențiale, vol. 1.* București: Trei.
Freud, S. (1900/2010b). Interpretarea viselor. În *Opere esențiale, vol. 2.* București: Trei.
Freud, S. (1915/2010c). Pulsiuni și destine ale pulsiunilor. În *Opere esențiale, vol. 3.* Ed. cit.

Freud, S. (1915/2010d). Scrieri metapsihologice. În *Opere esențiale, vol. 3*. Ed. cit.

Freud, S. (1915/2010e). Refularea. În *Opere esențiale, vol. 3*. Ed. cit.

Freud, S. (1923/2010f). Eul și Se-ul. În *Opere esențiale, vol. 3*. Ed. cit.

Freud, S. (1926/2010g). Inhibiție, simptom și angoasă. În *Opere esențiale, vol. 6*. Ed. cit.

Freud, S. (1930/2010h). Disconfort în cultură. În *Opere esențiale, vol. 9*. Ed. cit.

Gergely, G. (2013). Ostensive communication and cultural learning: The natural pedagogy hypothesis. În J. Metcalfe și H.S. Terrace (ed.), *Agency and joint attention* (pp. 139–151). Oxford, Anglia: Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199988341.003.0008

Heimann, P. (1950). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, *31*, 81–84.

Joseph, B. (1985). Transference: The total situation. *International Journal of Psychoanalysis*, *66*, 447–454.

Kernberg, O.F. (1982). Self, ego, affects, and drives. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *30*, 893–917. http://dx.doi.org/10.1177/000306518203000404

Kernberg, O. (1988). Psychic structure and structural change: An ego psychology object relations theory viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *36S* (supl.), 315–337.

Kernberg, O. (2009). The concept of the death drive: A clinical perspective. *International Journal of Psychoanalysis*, *90*, 1009–1023. http://dx.doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00187.x

Klein, M. (2008). Observații asupra unor mecanisme schizoide. În *Opere complete, vol. 2*. București: Trei.

Lambert, M.J. și Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. În M.J. Lambert (ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (ed. a 5-a, pp. 139–193). Hoboken, NJ: Wiley.

Laplanche, J. și Pontalis, J.B. (1994). *Vocabularul psihanalizei*. București, Humanitas.

Lingiardi, V. și McWilliams, N. (2017). *The psychodynamic diagnostic manual: PDM-2* (ed. a 2-a). New York, NY: Guilford Press.

Loewald, H.W. (1960). On the therapeutic action of psycho-analysis. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 16–33.

Loewald, H.W. (1986). Transference-countertransference. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*, 275–287. http://dx.doi.org/10.1177/000306518603400202

Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M. și Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy, 26*, 121–140. http://dx.doi.org/10.1080/02668734.2012.678061

Mahler, M.S., Pine, F. și Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant: Symbiosis and individuation*. New York, NY: Basic Books.

McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J. și Hurley, C. (2003). *Treating affect phobia: A manual for short term dynamic psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.

Music, G. (2001). *Affect and emotion: Ideas in psychoanalysis*. Cambridge, UK: Icon Books.

Nacht, S. (1962). The curative factors in psycho-analysis: Contributions to discussion. *International Journal of Psychoanalysis, 43*, 206–211.

Ogden, T.H. (1992). *The primitive edge of experience*. New York, NY: Aronson.

Ogden, T.H. (1994). The analytic third: Working with intersubjective clinical facts. *International Journal of Psychoanalysis, 75*, 3–19.

Rapaport, D. (1950). *Emotions and memory* (ed. a 2-a). New York, NY: International Universities Press.

Rapaport, D. (1953). On the psychoanalytic theory of affects. *International Journal of Psychoanalysis, 34*, 177–178.

Safran, J.D., Muran, J.C. și Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. În J.C. Norcross (ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidencebased responsiveness* (ed. a 2-a, pp. 224–238). New York, NY: Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0011

Sandler, J. (1960). The background of safety. *International Journal of Psychoanalysis, 41*, 352–356.

Sandler, J., Holder, A., Dare, C. și Dreher, A. (1997). *Freud's models of the mind: An introduction*. Londra, UK: Karnac Books.

Sandler, J. și Sandler, A.M. (1978). On the development of object relationships and affects. *International Journal of Psychoanalysis, 59*, 285–296.

Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist, 65*, 98–109. http://dx.doi.org/10.1037/a0018378

Stern, D.N. (2019). *Lumea interpersonală a copilului*. București: Trei.

Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality: Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Cambridge, Anglia: Oxford University Press.

Winnicott, D.W. (2003a). Ură în contratransfer. În *Opere, vol. 1*. București: Trei

Winnicott, D.W. (2003b). Obiecte tranziționale și fenomene tranziționale. În *Opere, vol. 1*. București: Trei.

Winnicott, D.W. (2004). Capacitatea de a fi singur. În *Opere, vol 4*. București: Trei.

Wolf, E.S. (1993). Disruptions of the therapeutic relationship in psychoanalysis: A view from self psychology. *International Journal of Psychoanalysis, 74*, 675–687.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală și emoția

Michael A. Tompkins

Pe parcursul anilor, am predat multe cursuri de terapie cognitiv-comportamentală (TCC). Fie de la clinicieni experimentați, fie de la cei aflați încă în formare, aud de obicei aceleași presupuneri referitoare la rolul emoției în această abordare psihoterapeutică. De exemplu, se poate spune că nu este loc pentru emoție în TCC, iar cogniția este singurul domeniu de interes pentru terapeuții cognitiv-comportamentali. Sau că TCC se concentrează doar asupra învățării clienților să-și gestioneze emoțiile, fără ca o teorie sau conceptualizare coerentă să ghideze terapeuții în travaliul lor terapeutic. Date fiind aceste ipoteze referitoare la TCC, nu mă surprinde că mulți clinicieni consideră TCC și pe terapeuții cognitiv-comportamentali ca pe niște roboți, acționând mecanic, având foarte puțină preocupare pentru stratul emoțional inerent în psihoterapie. În acest capitol, sper să clarific și să subliniez importanța emoției în TCC și să corectez presupunerea eronată că emoția este secundară

 cogniției. TCC este eficientă pentru că recunoaște importanța emoției ca mediator al schimbării cognitive și comportamentale profunde și durabile, și invers.

Capitolul începe cu o scurtă descriere a TCC și a modelului cognitiv pe care se sprijină această abordare terapeutică. Apoi explică rolul emoției în eficacitatea acestui tratament psihologic. În continuare este descris rolul emoției în cinci domenii: învățare, motivare, reacții emoționale, relații interpersonale și relația terapeutică în sine. În fiecare dintre aceste secțiuni, discut strategiile pe care le utilizează de obicei terapeuții cognitiv-comportamentali pentru a evoca emoția în scopul obținerii de gânduri și convingeri relevante, a facilita o nouă și profundă învățare sau a spori încrederea clientului că abilitățile pe care le-a învățat vor fi utile în fața emoțiilor negative puternice. Vignetele clinice sunt folosite pentru a ilustra aceste considerații practice; toate materialele clinice protejează confidențialitatea clienților.

Terapia cognitiv-comportamentală și modelul cognitiv-comportamental

Pe parcursul anilor, teoreticieni importanți au dezvoltat un număr de abordări cognitiv comportamentale: Albert Ellis (1962) — terapia rațional-emotivă, Donald Meichenbaum (1977) — modificarea cognitiv-comportamentală, Arnold Lazarus (1976) — terapia multimodală. Alți contribuitori au îmbogățit teoria și practica TCC, iar cititorii interesați pot găsi mai multe materiale referitoare la apariția și dezvoltarea diferitelor curente ale TCC (Dobson, 2001).

Acest capitol prezintă terapia cognitivă sau TCC dezvoltată în anii ’60 de către Aaron T. Beck la Universitatea Pennsylvania ca alternativă la psihanaliză, psihoterapia dominantă a depresiei în acel moment (Beck, 1964). Atunci și acum, TCC este o abordare terapeutică structurată, focalizată pe problemă și cu durată scurtă. Clientul este un participant activ în această abordare, colaborând cu terapeutul la modificarea cognițiilor dezadaptative care contribuie la menținerea suferinței emoționale și a problemelor comportamentale. Scopul TCC este de a reduce simptomele tulburării, pentru a îmbunătăți funcționarea zilnică a individului. Încă de la început, tratamentul a fost adaptat unei largi serii de diagnostice, probleme și populații psihiatrice (Barlow, 2014) și a dezvoltat multe tratamente specifice fiecărei tulburări, inclusiv, dar fără a se limita la depresie (Di Giulio, 2010; Jorm, Morgan și Hetrick, 2008; Tolin, 2020), anxietate (Fedoroff și Taylor, 2001; Hofmann și Smits, 2008), insomnie (Irwin, Cole și Nicassio, 2006; Okajima, Komada și Inoue, 2011), adicție și uz de substanță (Dutra et al., 2008; Garcia-Vera și Sanz, 2006; Leung și Cottler, 2009), precum și schizofrenie și alte boli psihice (Gould, Mueser, Bolton, Mays și Goff, 2001; Rector și Beck, 2001). Deși aceste protocoale de tratament specifice fiecărei tulburări sau boli psihice pot varia în ceea ce privește tehnicile specifice, au toate în comun aceeași conceptualizare cognitivă esențială și abordarea generală a tratamentului. Mai departe, sute de studii empirice serioase au susținut în mod repetat eficiența acestei abordări terapeutice (Butler, Chapman, Forman și Beck, 2006; Hofmann, Asnaani, Vonk, Sawyer și Fang, 2012).

TCC se traduce în trei afirmații fundamentale care sunt esențiale pentru înțelegerea raționamentului abordării terapeutice și al componentelor sale (Dozois și Dobson, 2001). În primul rând, activitatea cognitivă afectează comportamentul. În prezent, dovezile sprijină în mod covârșitor ipoteza că evaluările cognitive ale evenimentelor pot influența sau media reacția comportamentală la aceste evenimente. Un client fobic, având convingerea că pisicile sunt periculoase, le va evita. Un client deprimat, care face predicția că activitățile care erau odinioară plăcute nu se vor mai simți așa dacă vor fi încercate din nou, va evita să se angajeze în aceste activități.

A doua afirmație fundamentală a TCC este aceea că activitatea cognitivă poate fi monitorizată și modificată. Această afirmație este esențială pentru mai multe strategii utilizate în TCC, cum ar fi autoînregistrarea și restructurarea cognitivă. Monitorizarea și înregistrarea activității cognitive sunt un preludiu la modificarea activității cognitive. Clienții care își monitorizează gândurile automate vor învăța că ei tind să evalueze situațiile într-un mod inflexibil și previzibil și că predicțiile lor sunt constant imprecise și inutile. Prin monitorizare și autoînregistrare, notându-și zilnic gândurile disfuncționale (Beck, Rush, Shaw și Emery, 1979), de exemplu, clienții deprimați vor învăța că, atunci când se simt cel mai deprimați, tind să vadă evenimentele în moduri particulare; atunci când sunt mai puțin deprimați, părerea lor despre același eveniment poate fi diferită. Respectiv, clienții care își monitorizează și înregistrează activitatea cognitivă obțin o perspectivă asupra proceselor lor cognitive, iar această perspectivă este esențială pentru procesul de modificare a gândurilor și convingerilor. Mai departe, clienții care înțeleg rolul pe care îl joacă activitatea cognitivă în

reacția lor emoțională la evenimente sunt mai dispuși să învețe și să implementeze strategii de influențare a acelei activități cognitive.

A treia afirmație fundamentală a TCC se bazează pe prima afirmație. Respectiv, dacă activitatea cognitivă mediază sau influențează schimbarea comportamentală, atunci modificarea activității cognitive dezadaptative poate schimba comportamentul dezadaptativ. De aceea, în conformitate cu punctul de vedere al terapeutului cognitiv-comportamental, rolul tehnicilor de schimbare cognitivă, cum este înregistrarea gândurilor disfuncționale (un formular pe care clienții îl utilizează pentru a identifica și evalua gândurile disfuncționale) sau chiar psihoeducația, este influențarea schimbării comportamentale. De exemplu, un client care se teme de pisici poate fi dispus mai degrabă să se apropie de pisici decât să le evite, dacă, printr-o serie de înregistrări ale gândurilor, își modifică predicțiile de pericol și astfel dezvoltă o perspectivă diferită și mai exactă asupra pisicilor — aceea că ele nu sunt periculoase. Or, un client care este deseori furios și agresiv din cauză că presupune că oamenii vor să-l împiedice sau să-l doboare se poate simți mai puțin furios și, de aceea, mai dispus să încerce mai multe comportamente sau deprinderi adaptative, cum ar fi asertivitatea sau rezolvarea conflictelor, dacă învață că presupunerea lui este frecvent greșită și tinde să-i alimenteze reacțiile de furie.

Afirmațiile fundamentale: cogniția afectează comportamentul; cogniția poate fi monitorizată și schimbată; schimbarea comportamentală este mediată sau influențată de schimbarea cognitivă — reflectă obiectivul celor mai notabile intervenții în TCC. Mai târziu, vom aborda rolul important și esențial pe care emoția îl joacă în succesul acestor intervenții.

TCC beckiană se bazează pe un model sau o conceptualizare cognitiv-comportamentală care presupune că mai curând evaluările cognitive (respectiv, percepțiile, așteptările și interpretarea) situațiilor și evenimentelor decât situațiile și evenimentele înseși sunt cele care ne influențează reacțiile emoționale. De cele mai multe ori, evaluarea pe care o facem evenimentelor este adaptativă și, de aceea, reacțiile noastre emoționale și comportamentale sunt utile și contribuie la funcționarea eficientă. În alte momente, evaluările noastre sunt dezadaptative și duc la suferință emoțională disproporționată și comportamente-problemă repetate, cum ar fi evitarea, în cazul tulburărilor anxioase, sau retragerea, în cazul tulburărilor depresive.

Exemplul următor ilustrează rolul evaluărilor cognitive în reacțiile emoționale și comportamentale la un eveniment:

„Jason" este acasă și sună telefonul. El se gândește la trei posibilități referitor la cine ar putea fi cel care sună și de ce l-ar putea suna. „Poate să fie nevastă-mea care mă sună să-mi spună ca iar lucrează peste program." „Poate să fie șeful care mă sună să-mi spună că nu-i place raportul pe care i l-am dat astăzi." „Poate să fie vecinul de alături care mă întreabă dacă îi mai împrumut o dată mașina de tuns iarba." Presupunerea pe care o favorizează Jason este foarte probabil să fie modelată după atitudinea sa psihică sau convingerea sa despre sine, despre ceilalți și viitor. Dacă gândirea lui este dominată de ideea că el este o persoană care nu poate fi iubită, poate să conchidă că soția lui nu îl iubește, să se simtă trist sau dezamăgit și să se retragă în camera lui. Dacă gândirea lui Jason este dominată de ideea că viitorul este periculos și imprevizibil, el

> poate trage concluzia că șeful îl sună ca să îl concedieze, apoi să se simtă anxios și să evite să ridice telefonul. Dacă gândirea lui este dominată de ideea că celorlalți nu le pasă decât de ei înșiși, poate trage concluzia că vecinul lui profită de el, apoi să se simtă furios și să țipe la vecin data viitoare când îl vede.

Conform modelului cognitiv, prin urmare, același eveniment inițial (respectiv, soneria telefonului) suscită emoții diferite, în funcție de modul în care individul interpretează evenimentul. Soneria telefonului în sine trezește puțină emoție, alta decât curiozitatea, dacă interpretarea provocată de sonerie este neutră. Așa cum se sugerează în exemplu, tendința de a interpreta un eveniment neutru într-un mod particular este influențată de atitudinea psihică a individului, de ceea ce crede despre sine, despre alții și despre viitor. În modelul cognitiv, aceste vaste atitudini psihice sunt numite *convingeri de bază*. Cu toate acestea, alți factori pot influența tendința de a interpreta evenimentele într-un mod particular. Contextul actual în care apare evenimentul, ca și experiențele timpurii pot juca un rol. În cazul lui Jason, este posibil ca el să nu fi ajuns la concluzia că îl sună șeful pentru a-l concedia dacă nu i-ar fi înmânat acestuia un raport mai devreme sau dacă nu ar fi fost concediat de la anteriorul loc de muncă.

Cogniția umană constă în două sisteme separate, fiecare dintre ele fiind reflectat în conceptualizarea cognitiv-comportamentală a problemelor psihologice. Primul sistem include evaluările sau cognițiile generate rapid și care necesită puțin efort. Aceste cogniții sunt intuitive și spontane și au legătură cu contextul în care apar. Al doilea sistem include evaluări sau cogniții generate lent, care necesită un efort deliberat și sunt

 logice (Kahneman, 2011). TCC țintește ambele sisteme cognitive și folosește al doilea sistem pentru a-l schimba pe primul. Adică, TCC se străduiește să ajute clienții să gândească rațional și critic și să aplice empirismul pentru a identifica, testa și modifica evaluările dezadaptative.

Modelul cognitiv al lui Beck (1964) presupune o ierarhie de cogniții relevante la trei niveluri: convingeri de bază, convingeri intermediare, gânduri și imagini automate. Convingerile de bază, odată declanșate de un eveniment de viață, provoacă convingeri intermediare, iar ambele tipuri de convingeri duc la gânduri automate. Obiectivul TCC este învățarea clienților în primul rând să recunoască rolul evaluărilor cognitive greșite în reacțiile emoționale și comportamentale, și apoi învățarea de strategii pentru înlocuirea evaluărilor dezadaptative cu unele mai realiste și adaptative. TCC primește sprijin empiric substanțial pentru eficacitatea ei într-o serie de probleme ale unor indivizi foarte diferiți. Mai departe, TCC recunoaște că experiențele timpurii în interacțiune cu temperamentul și cultura influențează formarea convingerilor dezadaptative și a strategiilor dezadaptative de gestionare, care mențin problemele actuale. Focalizarea TCC este în aici-și-acum; ea face eforturi să-și învețe clienții abilități practice de gestionare a tulburărilor psihice cronice și astfel să ducă vieți împlinite și productive.

Înțelegerea și lucrul cu emoția

În anii '60, terapia comportamentală a început o schimbare majoră de la focalizarea pe comportamentele specifice și pe modelele de învățare clasică și operantă către rolul factorilor

cognitivi și afectivi în funcționarea umană. În lumina dezvoltărilor din știința cognitivă de bază, terapia cognitivă sau TCC și-a extins conceptele pentru a include cognițiile ca factor de menținere în tulburările emoționale și astfel un punct focal de intervenție. În anii '80, TCC a acceptat dovezile din ce în ce mai numeroase ale rolului esențial pe care emoția îl joacă în procesul schimbării (Barlow, 1991, 2002; Bower, 1981; Greenberg și Safran, 1984, 1987; Lebenthal, 1979; Zajonc, 1980).

Un corpus din ce în ce mai mare de dovezi a sugerat că a lucra activ la intensificarea angajării clientului în direcția emoției, în terapie, poate îmbunătăți rezultatele în multe psihoterapii (Barkovec și Sides, 1979; Jaycox, Foa și Morral, 1998), inclusiv TCC (Jones și Pulos, 1993). Dovezile au indicat, de asemenea, că excitarea emoțională în timpul expunerii poate fi esențială în producerea schimbării și că, fără un nivel adecvat de excitare, procedurile de expunere sunt mai puțin eficiente (Lang, 1979).

Adâncirea emoției în cadrul terapiei este asociată mai frecvent cu terapiile psihodinamice sau existențial-umaniste (Blagys și Hilsenroth, 2002; Goldfried, 2013). Cu toate acestea, TCC utilizează emoția și în serviciul schimbării. De exemplu, teoria procesării emoționale postulează că, pentru a modifica reacțiile excesive sau disproporționate de frică, este necesară activarea circuitului subiacent al fricii, pentru a-l modifica (Foa și Kozak, 1986). Evocarea elementelor stimulului originar al fricii activează emoția (respectiv, frica, în cazul unei tulburări anxioase) prin TCC sau terapie prin expunere și sporește modificarea structurilor mentale cognitiv-afective subiacente. Cercetarea neurobiologică a sprijinit presupunerile fundamentale ale teoriei procesării emoționale la animale, unde circuitele existente ale fricii învățate devin labile și modificabile atunci când sunt

reactivate prin intermediul elementelor care evocă elementele stimulului originar al fricii (Tronson și Taylor, 2007). Activarea emoției pentru a spori modificarea structurilor mentale cognitiv-afective subiacente a fost aplicată tulburărilor emoționale, în general, și este baza unei varietăți de intervenții în cadrul tulburărilor sau dificultăților emoționale (Allen, McHugh și Barlow, 2008).

Cu toate acestea, se pare că evocarea emoției în terapie este insuficientă, în sine, pentru schimbare. De exemplu, în cazul terapiei prin expunere, obișnuirea sau atenuarea reacției de frică poate fi mai puțin importantă decât ajutarea clientului să construiască tolerarea și acceptarea afectului negativ (Arch, Wolitzky-Taylor, Eifert și Craske, 2012; Bluett, Zoellner și Feeny, 2014; Craske et al., 2008). Construirea abilităților de tolerare a distresului este o trăsătură esențială a TCC. Mai mult, procesarea emoțiilor prin participarea la experiențe cognitiv-afective, acceptarea și diferențierea lor, are legătură cu rezultatele pozitive în TCC, ca și în abordările terapeutice mai frecvent asociate cu emoția, cum este terapia centrată pe emoție și terapia centrată pe client (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue și Hayes, 1996; Pos, Greenberg și Warwar, 2009; Watson și Bedard, 2006).

Deși TCC evidențiază rolul factorilor cognitivi în menținerea afecțiunilor psihice, abordarea recunoaște și rolul important al componentelor fiziologice, comportamentale și emoționale în menținerea tulburărilor psihice. TCC include o serie de intervenții care țintesc acești factori cognitivi și comportamentali, inclusiv tehnici centrate pe emoție (Hofmann, 2011; Hofmann, Asmundson și Beck, 2013). TCC împrumută multe din aceste tehnici de la alte abordări psihoterapeutice. Exemple de astfel de tehnici sunt jocul de rol, jocul imaginar de rol, dialogul dintre

două scaune și surprinderea unei emoții în momentul terapeutic și apoi explorarea emoției și cogniției asociate cu aceasta, pentru amplificarea emoției în sine. În plus, tehnicile (care vor fi prezentate ulterior) utilizate pentru evocarea și lucrul cu emoțiile în TCC reprezintă alte oportunități pentru terapeutul cognitivist și pentru client.

Emoția marchează cogniții relevante clinic

În ședință, terapeutul cognitiv-comportamental caută semne sau modificări ale emoției. Atunci când terapeutul îi pune o întrebare clientului, se oprește și privește în jos. Pe măsură ce clientul vorbește despre un eveniment trecut, vocea acestuia începe să-i tremure și ochii i se umplu de lacrimi. Aceste semne subtile semnalizează deseori prezența trecătoare a unei cogniții relevante din punct de vedere clinic, iar terapeutul cognitiv-comportamental vigilent întreabă apoi: „Ce ți-a trecut prin minte chiar atunci?" În TCC, emoția semnalizează cogniția, de obicei o cogniție relevantă care trebuie țintită în scopul schimbării. Deseori, aceste cogniții sunt gânduri automate, cum ar fi: „Nu se va schimba nimic niciodată pentru mine". Sau „Dar dacă de data asta am o boală gravă?"

De unde apar gândurile automate, totuși? În modelul cognitiv, gândurile automate iau naștere din structuri cognitive mai rezistente: convingerile de bază ale individului. Emoția marchează activarea convingerii de bază, iar, dacă terapeutul cognitiv-comportamental decide să vizeze în acel moment gândurile automate, convingerile intermediare sau chiar convingerile de bază, emoția dintr-o ședință de terapie este un obiectiv relevant și important pentru intervenție.

În mod surprinzător, deși gândurile automate sunt cele mai accesibile cogniții în cadrul modelului cognitiv, deseori clienții le conștientizează foarte puțin:

Jessica: (*cu capul în pământ, suspină*) Ar fi trebuit să vă dau un telefon.
Terapeut: Ce ți-a trecut prin minte atunci, Jessica?
Jessica: Nimic. Sunt bine.
Terapeut: Pot să văd încă prezența unui sentiment, cred. Te rog să-mi împărtășești acel gând sau imagine care ți-a trecut prin minte acum.
Jessica: (*ezită*) Bine. Cred că nu mai vreți să lucrați cu mine.
Terapeut: Deci, ai avut gândul că nu mai vreau să lucrez cu tine. Cum te-a făcut să te simți acest gând?
Jessica: (*începe să plângă*) Groaznic.
Terapeut: Groaznic? Așa, ca și când ai fi tristă?
Jessica: (*începe să plângă mai tare*) Da, chiar mă simt foarte tristă. O să mă abandonați, la fel ca toți ceilalți din viața mea. Nu vă pasă de mine. Nimănui nu-i pasă de mine.
Terapeut: Te simți foarte tristă pentru că tu crezi că nimănui nu-i pasă de tine.
Jessica: (*mai multe lacrimi*) Da, da.

În acest moment, terapeutul cognitiv-comportamental ar putea chestiona gândul automat „Nu mai vrei să lucrezi cu mine“ și să o facă pe clientă să examineze dovada acelei afirmații. Alternativ, terapeutul cognitiv-comportamental ar putea explora atitudinea „Nimănui nu-i pasă de mine“ și implementa tehnica săgeții în jos (Burns, 1980):

Terapeut: Dacă ar fi adevărat că nimănui nu-i pasă de tine, Jessica, ce ar însemna asta pentru tine?

Jessica: (*face o pauză*) Dacă nimănui nu-i pasă de mine, ce ar însemna asta pentru mine?

Terapeut: Da, dacă ar fi adevărat că nimănui nu-i pasă de tine, ce ar însemna asta pentru tine?

Jessica: (*suspinând din ce în ce mai tare*) Cred că ar însemna că sunt un nimic. Da, un nimic.

În ambele exemple, terapeutul mai întâi recunoaște posibila prezență a unei emoții și apoi face legătura dintre emoție și cogniție, sporind astfel reacția emoțională a clientei în acel moment. Odată ce emoția este recunoscută, terapeutul poate învăța clienta despre rolul pe care cognițiile îl joacă în reacțiile ei emoționale: „Te simți foarte tristă pentru că tu crezi că nimănui nu-i pasă de tine", făcând întotdeauna legătura între emoție și cogniție și astfel ilustrând modelul cognitiv, și invitând clienta să accepte emoția și cognițiile legate de acea emoție.

Emoția construiește conștientizarea de sine și tolerarea emoției

Până și cele mai bune abilități din lume le sunt inutile clienților, dacă nu știu cum să le folosească. În TCC, multe strategii se concentrează asupra sporirii conștientizării stimulării emoției în ședință, de către client. Autoînregistrarea în afara ședinței are o funcție similară. De obicei, autoînregistrarea presupune consemnarea de către client a situațiilor care declanșează emoția urmărită (de exemplu, anxietate, depresie, furie) sau comportamentele problematice și apoi înregistrarea

gândurilor automate declanșate în acel moment. Astfel, clientul devine mai conștient de reacțiile sale emoționale (respectiv, cogniții, emoții, comportamente). Autoînregistrarea oferă, de asemenea, clienților, o perspectivă apropiată asupra reacțiilor lor emoționale, care poate contribui la atenuarea emoției. Mai mult, clienții care își monitorizează reacțiile emoționale învață lecții importante despre emoții în sine, de exemplu, că emoțiile cresc și scad, și nu cresc la infinit. Emoțiile nu vin de nicăieri, ci au legătură cu cognițiile. În plus, emoțiile pot fi tolerate. Aceste lecții oferă, de asemenea, o anumită distanțare de emoția în sine, în special când clientul se teme de reacția sa emoțională.

În același timp, mulți clienți relatează o creștere în intensitate a emoției pe care o înregistrează și este o idee bună să prevezi acest efect atunci când recomanzi clientului autoînregistrarea. În acest fel, autoînregistrarea nu numai că sporește conștientizarea stimulării emoționale a clientului, ci poate indirect să sporească și tolerarea acelei emoții de către client. Autoînregistrarea invită clientul să observe și să interacționeze cu reacțiile sale emoționale, în loc să le evite. Actul autoînregistrării, prin urmare, poate crește tolerarea unei anumite emoții de către client.

TCC include acum strategii și abordări, cum ar fi mindfulness, care sporesc conștientizarea și toleranța. *Mindfulness* înseamnă conștientizare „în fiecare moment", prin mindfulness clienții învățând să acorde o atenție intențională, în momentul prezent, fără să judece experiența în desfășurare clipă de clipă (Kabat-Zinn, 2003). Mindfulness este atât un proces, cât și o practică, așa cum este meditația. Trei forme de mindfulness sunt tipice pentru practica occidentală a meditației de tip mindfulness: atenția concentrată, monitorizarea deschisă și bunătatea-iubitoare și compasiunea (Salzberg, 2011). Atenția

concentrată și monitorizarea deschisă sunt strategii de reglare a atenției. *Atenția concentrată* calmează mintea prin redirecționarea repetată a atenției spre un singur obiect, de exemplu, respirația. *Monitorizarea deschisă* direcționează atenția către ceea ce apare, cum ar fi o senzație corporală sau o emoție pe care clientul o etichetează apoi. Meditația *bunătății-iubitoare și compasiunii* adaugă conștientizării un element de îngrijire, confort și alinare. Indiferent de forma meditației, prin exersare, clienții vor fi capabili să-și accepte și să-și tolereze emoțiile.

Emoția sporește încrederea în eficacitatea abilităților

Terapeuții cognitiv-comportamentali identifică deficitele de abilități care duc la dificultățile prezente ale clientului și apoi lucrează împreună cu acesta în scopul construirii de noi abilități adaptative pentru gestionarea emoțiilor și schimbarea comportamentelor dezadaptative. Reevaluarea cognitivă este o abilitate de bază pe care clienții o învață pentru a-i ajuta să-și gestioneze problemele cognitive și comportamentale. O serie de studii au sprijinit eficiența strategiilor de reevaluare (Hofmann et al., 2013), însă TCC include și o serie de alte abilități, cum ar fi comunicarea, rezolvarea de probleme și mindfulnessul, care pot ajuta clienții să-și regleze emoțiile în chiar momentul sau după o situație în care comportamentele problematice tind să apară (Hofmann, 2011).

Noile abilități sunt noi comportamente și este esențial pentru clienți să creadă că abilitățile funcționează nu doar în ședința cu terapeutul, ci că ele pot oferi noul comportament (respectiv, noua abilitate) în prezența emoției negative puternice. Convingerea unui client că are abilitățile și cunoștințele

 necesare pentru a obține rezultatul dorit a fost definită ca *auto-eficacitate* (Bandura, 1977, 1982). Încrederea este puterea acelei convingeri. De obicei, terapeuții cognitiv-comportamentali utilizează strategii, cum ar fi jocurile de rol sau imageria, pentru a trezi în ședință emoția care să-i permită clientului să practice o abilitate nou-dobândită într-o situație cu un afect negativ intens. De exemplu, un client care este prea anxios ca să refuze munca suplimentară impusă de șeful său poate obține beneficii din antrenarea asertivității. Cu toate acestea, adevăratul examen al eficacității nou-dobânditei asertivități, odată învățată, este ca individul să fie asertiv atunci când se simte anxios. Similar, un client care se luptă cu o furie intensă poate utiliza o varietate de abilități de adaptare pentru a-și gestiona furia, însă adevărata încercare a eficienței acestor abilități este să funcționeze atunci când individul este furios.

Rezumând, emoția este un picior esențial al scaunului TCC cu trei picioare: cogniție-emoție-comportament. Emoția se află în fruntea și în centrul conceptualizărilor cognitive ale tulburărilor psihice, iar terapeuții cognitiv-comportamentali recunosc emoția ca pe un declanșator al schimbării psihice profunde. În TCC, emoția nu este întotdeauna considerată o stare pe care clienții învață să o gestioneze, dar deseori, atunci când este folosită eficace, emoția poate spori noua deprindere, achiziția de abilități și funcționarea adaptativă.

Emoție și învățare

Modelul cognitiv-comportamental este un model de învățare și, ca atare, obiectivul TCC este facilitarea învățării de noi

deprinderi în slujba unor comportamente noi și mai adaptative. Emoția îndeplinește un rol important în procesul de învățare a clientului, în special în punerea la îndoială a convingerilor adânc înrădăcinate și deseori necontestate, și în deprinderea unor noi convingeri adaptative, pentru a le depăși pe primele.

Mai multe teorii de procesare a informației sprijină rolul emoției în învățare și schimbarea comportamentală: teoria reprezentării duale (Brewin, 1996, 2001); modelul sistemelor schematice, propoziționale, analogice și asociativ-reprezentaționale (Power și Dalgleish, 1997, 1999); teoria cognitiv-experiențială asupra sinelui (Epstein, 1994; Epstein și Pacini, 1999); modelul subsistemelor cognitive aflate în interacțiune (ICS) (Teasdale, 1997; Teasdale și Barnard, 1993) și teoria metacognitivă (Wells, 2000; Wells și Matthews, 1994).

Modelul ICS și cel metacognitiv oferă o reprezentare largă și pe mai multe niveluri a influenței emoției asupra sistemelor de procesare a informației diferite calitativ. Primul sistem este un sistem de procesare a informației rațional, verbal, logic și propozițional, fără legături cu emoția. Strategiile cognitiv-comportamentale, cum ar fi restructurarea cognitivă (care va fi descrisă ulterior), se concentrează asupra activării acestui prim sistem. Al doilea sistem este un sistem de procesare a informației mai holistic, nonlingvistic, automat și rapid, având legături adânci și extinse cu emoția. Strategiile cognitiv-comportamentale, cum sunt experimentele comportamentale (EC, descrise ulterior), împreună cu alte strategii cum sunt jocurile de rol imaginare sau dialogul dintre două scaune, se focalizează pe activarea acestui al doilea sistem.

Deși clienții tind să creadă cu „capul" informațiile alternative sau noi obținute din înregistrarea gândurilor, ei tind să creadă

cu „inima“ informațiile alternative derivate din aceste intervenții aflate în legătură cu emoția. Experiența pe care clienții o trăiesc între convingerile lor „intelectuale“ și cele „emoționale“ poate reflecta niveluri diferite de procesare a informației, accesate de strategiile raționale și strategiile experiențiale, precum și diferitele tipuri de experiență necesare pentru promovarea schimbării cognitive în fiecare caz (Teasdale și Barnard, 1993). În același timp, deși modelul ICS presupune că exercițiile experiențiale au impact asupra sistemului de consecințe și de aceea provoacă o schimbare cognitivă, emoțională și comportamentală mai mare, este foarte probabil ca emoția să aibă impact la ambele niveluri. Adică intervențiile care țintesc nivelul *propozițional* (verbal/logic), cum ar fi înregistrarea gândurilor și descoperirea ghidată, pot avea un impact și asupra nivelului *implicațional* (mai profund), când clientul se angajează în acest proces propozițional în prezența emoției.

Cercetarea experimentală asupra memoriei a susținut valoarea emoției în procesul învățării. Emoția sporită de obicei facilitează reamintirea, deși precizia poate fi compromisă (Heuer și Reisberg, 1992). În plus, efectul punerii în scenă sprijină utilitatea învățării experiențiale. *Efectul punerii în scenă* sau efectul sarcinilor autorealizate sugerează faptul că indivizii își amintesc mai bine o expresie verbală care descrie o acțiune atunci când pun în scenă sau realizează acțiunea (Engelkamp, 1998), decât atunci când o altă persoană doar descrie sarcina sau când individul doar observă pe altcineva realizând sarcina. De exemplu, indivizii își pot aminti mai bine propoziția „spală-te pe dinți“ atunci când pun în scenă gestul (respectiv, acționează ca și când și-ar peria dinții). Robustețea efectului punerii în scenă poate rezulta din codificarea memoriei prin mai multe modalități (respectiv,

vizuală, auditivă, chinestezică), astfel încât informația să fie emoțional/experiențial dobândită. Informația dobândită astfel poate duce la un efect mai răspândit asupra cogniției, emoției și comportamentului decât informația pur verbală.

Teoria metacognitivă poate susține mai departe valoarea strategiilor emoționale/experiențiale pentru facilitarea învățării profunde și durabile (Wells, 2000) prin emoție. Literatura de specialitate din domeniul psihologiei experimentale face diferența între memoria declarativă și cea procedurală. În *memoria declarativă* sunt stocate cunoștințele și convingerile care sunt reamintite ca informații factuale (de exemplu, „Pământul se învârtește în jurul Soarelui" sau „Nu pot să-mi controlez îngrijorarea"). Aceste convingeri pot fi numite „convingeri gândite". În *memoria procedurală* se află cunoștințe despre planuri sau proceduri care sunt deseori automate și implicite (de exemplu, „Nu privi direct în soare" sau „Ia un medicament pentru controlul îngrijorării"). Acestea ar putea fi numite „convingeri simțite"

Teoria metacognitivă presupune faptul că schimbarea cognitivă depinde nu numai de dezvoltarea unei noi memorii declarative sau convingeri gândite (de exemplu, „Pot să-mi controlez îngrijorarea"), ci și de dezvoltarea unei memorii procedurale diferite sau convingeri simțite, prin puneri repetate în scenă ale unui nou plan sau unei noi proceduri (de exemplu, „Amână îngrijorarea până la ora 17:00 în fiecare zi"). Aplicând această sugestie la modelul cognitiv-comportamental, individul poate presupune că evenimentele particulare pot provoca adoptarea convingerii declarative „Sunt incompetent" la un client cu anxietate socială; clientul apoi va evita situațiile sociale sau se va angaja în comportamente excesiv de prudente în situații sociale, cum ar fi bombardarea oamenilor cu întrebări, în loc de

 împărtășirea opiniilor personale atunci când este întrebat. Teoria metacognitivă argumentează că psihoterapia eficientă schimbă deopotrivă convingerile gândite și pe cele procedurale, simțite.

Este insuficient să te focalizezi doar pe schimbarea convingerilor declarative prin strategii verbale, cum ar fi restructurarea cognitivă. Este necesar să modifici și convingerile procedurale. Clienții care își schimbă comportamentul în fața emoției puternice, așa cum este cazul în strategiile experiențiale, țintesc direct memoria procedurală și este posibil să-și modifice și convingerile declarative.

Prin urmare, cum se argumentează faptul că restructurarea cognitivă identifică și testează gândurile și convingerile declarative, dacă schimbarea cognitivă profundă și durabilă apare prin activarea convingerilor și amintirilor procedurale? Teoria metacognitivă argumentează după cum urmează: convingerile declarative deschise sau acoperite fac parte din cogniție la fel de mult ca și cunoașterea automatică și implicită care formează memoria procedurală. Aceste convingeri procedurale automate și implicite pot fi mai puțin susceptibile să se schimbe prin strategii exclusiv verbale. Cu toate acestea, identificarea și testarea gândurilor și convingerilor declarative pot încuraja clienții să realizeze strategii experiențiale care implică punerea în scenă repetată (respectiv, noi comportamente) a noilor planuri și proceduri. Strategiile experiențiale activează apoi învățarea la un nivel implicațional mai profund și la nivel declarativ. Urmărirea ambelor niveluri de procesare a informației cuprinde și influențează schimbarea durabilă a cogniției, emoției și comportamentului. Prin învățare experiențială, clientul se angajează într-un proces care face legătura între ceea ce el știe că este adevărat „în capul lui" și ceea ce știe că este adevărat „în sufletul lui"

Deși strategiile de restructurare cognitivă sunt utile, aceste experimente ale gândirii pot doar slăbi o convingere veche și spori disponibilitatea clientului să exploreze mai departe și să ia în considerare și alte puncte de vedere asupra evenimentelor și, poate, să testeze noile convingeri prin procesul de schimbare a comportamentului. Cei mai mulți terapeuți cognitiv-comportamentali cred că schimbarea semnificativă în TCC poate apărea prin reatribuire comportamentală (Wells, 1997) sau EC (Clark, 1989). Abordarea experiențială a EC poate reflecta o mai mare sincronizare între sistemele cognitiv, afectiv și comportamental (Rachman și Hodgson, 1974), ceea ce face din EC una dintre cele mai puternice strategii care pot să aducă schimbarea în TCC (Beck et al., 1979; Clark, 1989; Greenberger și Padesky, 1995; Wells, 1997) și o intervenție esențială în TCC. Forța EC rezidă, parțial, în utilizarea emoției pentru activarea și facilitarea noii deprinderi învățate.

EC sunt activități experiențiale planificate, bazate pe experimentare sau observare, pe care clienții le realizează într-o ședință de TCC sau între ședințele de TCC (Bennett-Levy et al., 2004). Obiectivul principal al EC este de a obține noi informații care pot ajuta la testarea validității convingerilor unui client despre sine, despre ceilalți și despre lume și la construirea și/sau testarea unor noi convingeri, mai adaptative.

EC se centrează pe schimbarea comportamentului și urmărirea formulării terapiei comportamentale, dar cu focalizare pe cunoașterea și recunoașterea faptului că a face lucrurile diferit este un mijloc puternic de a schimba atât cogniția, cât și afectul. Schimbarea comportamentului pentru a modifica reacțiile emoționale și comportamentale a reprezentat o ruptură

semnificativă față de o mare parte din psihoterapia anterioară, care folosea în principal sau exclusiv dialogul din cadrul ședinței ca metodă de schimbare.

Formularea cognițiilor sub forma ipotezelor care urmează a fi testate, făcută de Beck (1964) — și testarea lor prin intermediul EC — i-au determinat pe terapeuți și clienți să considere cognițiile drept ipoteze sau predicții care urmează a fi testate. Orientarea EC, prin urmare, este o elaborare a fundamentării empirice a TCC însăși, unde terapeutul cognitiv-comportamental aplică abordarea științifică empirică la experiența clientului (respectiv, convingeri, emoții și comportamente). În știință, experimentele joacă un rol important în testarea teoriilor științifice. În TCC, teoria care trebuie testată este mai degrabă convingerea clientului decât o lege sau o teorie științifică, însă abordarea filosofică este similară.

În știință, există două mari abordări ale experimentului. Prima — pe care unii o consideră singura formă autentică de experimentare — implică manipularea deliberată din partea cercetătorului a unor aspecte ale lumii. De exemplu, Isaac Newton a realizat un experiment pentru a testa teoria dominantă în momentul acela, conform căreia lumina albă era pură și fundamentală, îndreptând razele soarelui către o prismă care a împrăștiat lumina într-un spectru alungit. În acest experiment simplu și elegant, Newton a dovedit că lumina nu era pură, ci o combinație de raze sau lungimi de undă de lumină diferite.

Proiectarea și implementarea experimentelor comportamentale

Terapeuții cognitiv-comportamentali pot proiecta EC în același fel. Terapeutul și clientul pot manipula mediul pentru a testa

validitatea unei ipoteze, a gândurilor sau percepțiilor clientului. De exemplu, un client sănătos din punct de vedere fizic, cu tulburare de panică, evită exercițiile fizice pentru că el crede că atunci când inima bate mai tare înseamnă că urmează un atac de cord; această predicție poate fi testată dacă urcă în fugă niște scări, pentru a-și crește ritmul cardiac, și apoi observă dacă face atac de cord sau nu.

O a doua abordare experimentală este experimentul observațional. În multe științe, cum ar fi astronomia, evoluționismul, arheologia și antropologia, este imposibil să manipulezi mediul pentru a testa o teorie sau o ipoteză. Cercetătorul științific nu poate schimba câmpul gravitațional al soarelui, ca să observe ce se întâmplă cu orbitele planetelor în noile condiții. În schimb, cercetătorii pot aduna date și observa lumea într-un efort de a construi o teorie coerentă despre modul în care funcționează oamenii, sistemele sociale și culturile. De exemplu, un arheolog poate aduna și analiza cioburile dezgropate în ruinele unui sat antic, pentru a dezvolta o teorie despre viața de zi cu zi a oamenilor care au trăit acolo.

Terapeuții cognitiv-comportamentali pot utiliza EC și în această abordare focalizată asupra descoperirii. În loc să manipuleze mediul, terapeutul sprijină clientul să-și dezvolte un plan pentru a observa și aduna dovezi relevante pentru convingerea sau teoria specifică a clientului. De exemplu, pentru a testa convingerea clientului că oamenii vor spune că este un ciudat dacă îl vor vedea transpirând în situații sociale, acesta ar putea chestiona un grup de prieteni sau familia despre ceea ce ar spune ei dacă ar observa o persoană transpirând la o petrecere. Similar, un bărbat care crede că femeile sunt atrase doar de bărbații care arată bine ar putea crea un chestionar și ruga în mod anonim femeile să completeze acest studiu despre „atractivitate"

Există o recunoaștere de lungă durată a valorii experienței personale în învățare (Kemmis și McTaggart, 2000; Kolb, 1984; Lewin, 1946; Schon, 1983). Experimentele comportamentale folosesc învățarea experiențială în serviciul schimbării cognitive. Procesul de proiectare și implementare a EC urmează un model de învățare experiențială (Kolb, 1984; Lewin, 1946) și urmează patru stadii: planificare, experimentare, observare și reflectare.

Pe baza conceptualizării problemei (reflectare), clientul și terapeutul clarifică o convingere declarativă pentru a planifica un experiment adecvat în scopul testării sale (planificare). Clientul apoi realizează experimentul (experimentare), poate schimbând o caracteristică a experienței sau comportamentului său tipic (de exemplu, un client care se teme că oamenii vor crede că este un ciudat dacă roșește și evită să poarte haine roșii; pentru EC, clientul este de acord să poarte o eșarfă roșie) și observă rezultatele experimentului (observare). Clientul și terapeutul apoi explorează implicațiile convingerii (reflectare) și poate planifică un alt experiment (planificare). Acest ciclu continuă pe tot parcursul ședinței sau tratamentului, până când se formează și se solidifică noua convingere. Clientul și terapeutul pot începe procesul EC în orice moment al ciclului de învățare experiențială.

Pentru a ilustra modul în care terapeuții cognitiv-comportamentali planifică și implementează EC, să îl privim pe „John", care se îngrijorează excesiv din cauza transpirației. Când s-a întâlnit cu terapeutul, a afirmat că era îngrijorat că, dacă oamenii l-ar vedea că transpiră fără vreun motiv (de exemplu, efort fizic), vor crede că este un ciudat sau vreun troglodit. John evita să meargă la restaurant și la film sau să interacționeze cu oameni pe care nu-i cunoștea bine. Când pleca de acasă, John purta o

haină care să-i ascundă transpirația de la subraț, în caz că începea să transpire în situații sociale.

Terapeut: John, pare că ești foarte îngrijorat că oamenii vor crede că ești un ciudat dacă vor vedea că transpiri.

John: Da. Mă tem că vor crede că sunt un ciudat dacă transpir atât de mult fără niciun motiv.

Terapeut: Care ar fi un motiv pentru transpirat?

John: Dacă fac sport sau dacă e foarte cald. Astea ar fi motive.

Terapeut: Deci, te temi că oamenii vor gândi că ești ciudat dacă transpiri și nu ai motiv să transpiri. Am înțeles corect?

John: Da. Pare că sună prostește când o spui așa, dar, da, asta cred.

Terapeut: Cât de puternic crezi în această predicție, pe o scară de la 0 la 100%, unde 100 este cel mai mult?

John: Nu știu, poate 80%.

Terapeut: În regulă, deci 80%. Și, cât de anxios te simți pe acea scară, când te gândești că această predicție ar putea fi adevărată?

John: Poate că tot 80%.

Terapeut: Așadar, cum am putea să testăm această predicție? Mă refer la predicția că, dacă oamenii văd că transpiri fără motiv, vor crede că ești ciudat.

John: Păi, nu știu. Putem testa așa ceva?

Terapeut: Sigur. Am o idee, și o să fac eu întâi, ca să mă poți urmări. Ce părere ai avea dacă m-aș uda, ca să pară că am transpirat, și am merge în librăria de alături,

	și am vorbi cu unul dintre vânzătorii de acolo? Am putea să testăm astfel predicția. Ce părere ai?
John:	Sigur! O să faceți experimentul acum, nu-i așa?
Terapeut:	Bineînțeles!

John și terapeutul său au proiectat apoi experimentul (planificare). În primul rând, terapeutul și clientul au clarificat cum vor putea ști dacă persoana în cauză crede că terapeutul este ciudat sau nu. Au fost de acord că vânzătorul ar trebui să aibă o anumită expresie facială (respectiv, dezgust sau șoc), iar terapeutul i-a arătat aceste expresii lui John, astfel încât el să le poată recunoaște dacă apar. John și terapeutul au fost de acord că, în cazul în care vânzătorul va crede că terapeutul este ciudat, probabil că va pune rapid capăt conversației și va găsi o scuză pentru a se îndepărta. Când proiectezi un EC, este esențial ca terapeutul să lucreze împreună cu clientul la identificarea dovezii obiective că predicția este adevărată sau falsă. Impactul EC asupra învățării clientului depinde deseori de modul în care terapeutul controlează variabilele contaminante sau derutante, astfel încât rezultatele experimentului să fie lipsite de ambiguitate.

Odată ce terapeutul a planificat experimentul, a venit timpul să-l pună în aplicare. John a privit cum terapeutul și-a pulverizat apă la subraț, cu un pulverizator, ca să-și facă niște pete mari și vizibile. Apoi John l-a însoțit în librărie. Terapeutul l-a instruit să observe rezultatele experimentului, în special să urmărească dovada că vânzătorul crede că terapeutul este ciudat. Terapeutul a intrat în librărie și a rugat o vânzătoare să-i recomande o carte bună pentru călătoria pe care urma să o facă (experimentare). Vânzătoarea a zâmbit și l-a dus într-o anumită secțiune a librăriei. I-a vorbit pe larg despre autor și despre carte. A aprobat din

cap. A râs. A continuat să vorbească cu terapeutul (observare) până când acesta s-a scuzat: „Pare că e o carte grozavă. Ai vrea să mi-o pui deoparte, ca să vin mai târziu să o iau?“

John și terapeutul s-au întors la cabinet și au discutat despre ceea ce observase John (reflectare). Observase el acea privire care sugera că vânzătoarea credea că terapeutul este un ciudat? Terminase rapid conversația și se îndepărtase? John a recunoscut că nu observase nicio dovadă că predicția lui era adevărată.

Terapeut: Cât de mult mai crezi acum că este adevărată predicția ta, pe o scară de la 1 la 100%?

John: Ei bine, a fost destul de impresionant. Poate că sunt pe la 50%.

Terapeut: De ce nu 25%, John?

John: Păi, poate nu a văzut petele ude de la subraț. Poate că erau prea mici.

Terapeut: Și cum am putea testa asta?

John: (*zâmbind*) Cu mai multă apă?

Terapeutul a aprobat din cap și apoi a pulverizat mai multă apă la subraț, până când petele s-au făcut și mai mari, probabil cam de 20–25 cm în diametru (planificare). Apoi au repetat experimentul (experimentare), urmărind aceeași dovadă și observând aceleași rezultate (observare). Pentru a satisface îngrijorarea lui John că vânzătoarea este posibil să nu-i fi observat petele ude, terapeutul și-a ridicat brațele pentru a indica spre diverse locuri din librărie, s-a oprit să vorbească cu vânzătoarea ținându-și mâinile încrucișate în spatele capului. John a fost satisfăcut de faptul că vânzătoarea părea că a observat petele de la subrațul terapeutului.

Terapeut: Așadar, John, cât de mult mai crezi în predicția ta acum?

John: Ooh! Scade văzând cu ochii. Aș spune că e pe la 20% acum.

Terapeut: Și anxietatea la ce valoare e? Cu cât ai estima-o?

John: Păi poate 25%. Predicția încă mă face destul de anxios.

Terapeut: John, ce ai învățat util din acest experiment?

John: Păi, am învățat că predicția mea poate fi greșită. Este bizar, pentru că atunci când vă priveam pe dumneavoastră făcând experimentul, mă gândeam că vă va crede un ciudat.

Terapeut: John, ai văzut vreo dovadă a convingerii alternative că vânzătoarea a observat că sunt transpirat, dar nu a părut să-i pese?

John: Oh, da. V-a zâmbit și părea că-i face plăcere să vorbească cu dumneavoastră. Nu părea deloc deranjată de petele de la subraț.

Terapeut: Da. Predicția alternativă pare mai probabilă, nu-i așa? Dacă oamenii te văd transpirat, este foarte probabil să nu le pese așa de tare și să nu creadă neapărat că ești un ciudat.

John: Da, asta e grozav, dar nu știu, poate că ea nu crede că sunteți ciudat, pentru că sunteți adult și eu sunt doar un adolescent. Poate că ar crede că un adolescent este ciudat dacă transpiră fără motiv.

Terapeut: Hmm. John, cum putem testa asta?

John: (*zâmbind*) Am știut eu că urmează să mă întrebați asta.

John a repetat apoi același experiment. Era destul de anxios, dar a dus la bun sfârșit experimentul planificat împreună cu terapeutul lui. Acest EC reușit a pregătit locul pentru realizarea altor EC de către John, în care el a renunțat la alte comportamente de asigurare.

Rezumând, emoția joacă un rol esențial în învățare, la nivelul convingerilor gândite, cât și la cel al convingerilor simțite. Restructurarea cognitivă activează rațiunea pentru a schimba cognițiile și începe de obicei cu exprimarea unei cogniții de restructurat: „Ce ți-a trecut prin minte atunci?" Această întreprindere pur verbală/logică duce la învățarea a ceva nou și, atunci când clientul experimentează afecte negative, poate duce la o schimbare cognitivă de durată. Schimbarea cogniției la nivel logic este deseori precursoarea orientării clientului spre strategii în principal experiențiale, cum sunt EC, și începe cu o invitație de testare a cogniției: „Cum putem testa asta?" Forța strategiilor experiențiale rezidă, parțial, în activarea schimbării emoționale profunde, automate și intuitive, care duce la schimbare cognitivă, emoțională și comportamentală profundă și durabilă. Terapeuții cognitiv-comportamentali utilizează atât strategii logice, cât și experiențiale, pentru că, deși rațiunea ne poate învăța foarte multe lucruri, experiența ne poate învăța și mai multe.

Emoție și motivație

Motivația sau tendințele motivante sunt parte din fiecare emoție. Când ne simțim anxioși, tindem să evităm sau să părăsim

situația cauzatoare de anxietate. Când ne simțim triști, tindem să încetinim ritmul și să ne retragem din activitățile plăcute. Când ne simțim iritați sau furioși, avem tendința să atacăm. Legătura dintre motivație și emoție este mai evidentă pentru anumite emoții decât pentru altele, și mai pronunțată când reacțiile emoționale sunt extreme, ca în cazul unor tulburări psihice, cum ar fi tulburările de dispoziție și în special depresia, adicțiile sau tulburările alimentare.

Obiectivul tendințelor motivaționale este fie de a obține gratificația și plăcerea, fie de a evita pedeapsa și nefericirea (Carver și Scheier, 1998; Gray și McNaughton, 2000; Mowner, 1960). Primii comportamentaliști considerau că motivația este inițiată și menținută prin reducerea instinctului (Hull, 1943; Spence, 1956). De exemplu, suntem motivați să bem apă pentru că reduce instinctul de sete sau suntem motivați să mâncăm pentru că reduce instinctul de foame. Cu toate acestea, teoreticienii motivației au extins înțelegerea motivației prin includerea așteptărilor stimulante (Bindra, 1974; Bolles, 1972; Pfaffmann, 1960; Toates, 1986). Prin urmare, comportamentul motivat este o funcție nu numai a satisfacerii instinctelor biologice, ci și a satisfacerii acestora prin asocierea învățată dintre stimul și experiențele gratificante sau pozitive. De exemplu, suntem motivați să mâncăm alimente gustoase, să căutăm parteneri sexuali atractivi sau să folosim droguri pentru că, pe de o parte, toate acestea ne satisfac instinctele biologice și, pe de altă parte, asociem (prin învățare) stimulii respectivi cu experiențe gratificante. De aceea imaginile, mirosurile și senzațiile asociate cu experiențele gratificante pot prezice probabilitatea acestora și astfel crește probabilitatea ca noi să căutăm experiențele gratificante.

Prin urmare, multe motivații sunt acționate de nevoile biologice. Alte motivații sunt în principal acționate de stimulente sau gratificări, în timp ce altele sunt provocate de o combinație dintre cele două. De exemplu, când simțim foame, avem o motivație puternică acționată de o nevoie de a mânca și, astfel, de a reduce instinctul de foame. Dimpotrivă, după o masă bună, motivația de a mânca o plăcintă cu mere este acționată mai mult de stimulent decât de nevoia biologică. Cu cât comportamentele sunt mai complexe, cum ar fi cele sociale, cu atât crește probabilitatea ca aceste comportamente să fie motivate de o serie de experiențe provocate de nevoie și experiențe provocate de stimulent. De exemplu, a merge la întâlnire are foarte probabil legătură cu nevoia sexuală, dar și cu nevoia de intimitate și afiliere socială.

Emoția și motivația sunt strâns legate. În cazul tulburărilor emoționale, tendințele motivaționale contribuie de obicei la menținerea tulburării prin motivarea evitării. Afectul pozitiv plăcut este asociat cu apropierea de o stare sau un obiect dezirabil. Reducerea sau fuga de un afect negativ neplăcut sunt asociate cu un obiect sau o situație indezirabilă. Depresia și furia, de exemplu, apar când dorința de a evita situații neplăcute sau a încerca situații sau experiențe plăcute este dificil sau imposibil de îndeplinit. Spre deosebire de alte organisme, la om reacțiile emoționale sunt în mod special asociate cu acest mecanism datorită capacității noastre de a anticipa și prevedea evenimente viitoare. Decizia de a se angaja într-un anumit comportament este de aceea strâns legată de așteptarea plăcerii sau ușurării asociate cu comportamentul motivat (Cox și Klinger, 1988).

Multe dintre strategiile TCC funcționează în scopul creșterii disponibilității sau motivației clienților de a acționa în moduri care sunt deseori contrarii felului în care simt. De exemplu, un

client care este deprimat poate manifesta puțină disponibilitate sau motivație de a face lucrurile pe care le făcea odinioară, care erau plăcute sau din care obținea un sentiment de control. În schimb, clientul se așteaptă să se simtă mai puțin deprimat pentru a face o tură cu bicicleta alături de prieteni sau pentru a lua masa cu un coleg. Un client extrem de anxios poate manifesta puțină disponibilitate sau motivație de a aborda situațiile care îl fac anxios și, în schimb, poate favoriza evitarea sau rapida abandonare a acestor situații.

Tendința de a evita experiențele neplăcute, cum ar fi cele care ne fac anxioși, este o reacție comportamentală intuitivă la acea stare emoțională. Aceste reacții comportamentale sunt intuitive și deseori automate, datorită valorii de supraviețuire pe care au avut-o pentru oameni timp de milioane de ani. Totuși, clienții cu tulburări emoționale sunt prinși într-un ciclu de gestionare a reacțiilor lor emoționale în acest mod intuitiv. Adică, atunci când este anxios sau speriat, clientul cu o tulburare anxioasă va fi evitant. Când se va simți deprimat sau copleșit, clientul cu o tulburare depresivă se va retrage sau va renunța. Scopul TCC este de a-și sprijini clienții să acționeze împotriva tendinței comportamentale a reacțiilor lor emoționale. Faptul de a acționa contraintuitiv le permite clienților să învețe ceva important, ceea ce este împiedicat de reacțiile lor intuitive. De exemplu, un client căruia îi este frică de câini pentru că el crede că sunt periculoși nu va învăța nimic nou despre câini (respectiv, faptul că majoritatea câinilor nu sunt periculoși), dacă va continua să îi evite. Or, evitarea afectului negativ interferează cu deprinderea pe care clientul este pe cale de a o dobândi, respectiv că poate să tolereze și să gestioneze un afect negativ. Disponibilitatea de a se confrunta cu afectul negativ, de a-l accepta și tolera poate fi

cea mai eficientă abilitate de achiziționat de către un client cu o tulburare emoțională, mai ales în cazul tulburărilor anxioase (Wirtz, Hofmann, Riper și Berking, 2014).

În mod similar, terapeutul cognitiv-comportamental îl poate învăța pe client tehnica mindfulness, pentru a-i spori disponibilitatea de a rămâne într-o situație provocatoare de anxietate și a-și observa reacțiile emoționale, în loc să fugă de ele. Până și o ierarhie a expunerii este o strategie de antrenare a disponibilității. O *ierarhie a expunerii* este o listă cu sarcini de expunere, ordonate de la cea care provoacă cea mai puțină anxietate până la cea care provoacă cea mai mare anxietate, care vizează principalele indicii interne și externe ale fricii clientului. Apoi terapia de expunere este gradată sau treptată, respectiv, clientul se mișcă prin procesul de expunere îndeplinind câte o sarcină odată, începând cu sarcinile care provoacă reacții de frică relativ scăzute. Expunerea gradată nu este mai eficientă decât expunerea într-un singur pas (respectiv, care provoacă cel mai înalt nivel al fricii într-un singur pas), atâta timp cât clientul rămâne în situația provocatoare de frică o perioadă suficientă. Cu toate acestea, puțini clienți sunt dispuși să îndeplinească o sarcină de expunere într-un singur pas. De aceea terapeutul cognitiv-comportamental dezvoltă în colaborare cu clientul o ierarhie a expunerii. Ierarhia îi furnizează clientului o cale de mers înainte și un oarecare „control" perceput asupra procesului de expunere. Controlul perceput, în plus față de o atitudine de curiozitate față de reacția emoțională a clientului, sporește disponibilitatea acestuia de a aborda situațiile temute, în loc de a le evita.

Pentru a rezuma: motivația este strâns legată de emoție. Toate emoțiile includ comportamente sau tendințe de acțiune motivate și de aceea sunt adaptative și utile. În general,

acționăm în conformitate cu aceste tendințe de acțiune sau în mod intuitiv. Când suntem anxioși, suntem prudenți. Când suntem triști, o lăsăm mai încet și facem mai puține. Cu toate acestea, este esențial ca acei clienți cu tulburări emoționale să învețe importanța reacției contraintuitive la tendințele lor motivaționale. Modul intuitiv de reacție este o caracteristică a problemei, nu o soluție a ei. TCC cuprinde o serie de strategii pentru sporirea disponibilității sau motivației clienților de a acționa împotriva reacțiilor lor emoționale. Odată ce clienții învață aceste strategii, ei pot să-și reseteze sistemele emoționale și motivațiile care sunt parte din acestea, în reacții adaptative la situațiile și problemele vieții lor.

Emoție și schimbare emoțională

Cei mai mulți clienți care apelează la TCC doresc să schimbe modul în care simt. Fie că doresc să se simtă mai puțin deprimați, mai puțin furioși, anxioși sau vinovați, TCC țintește aceste reacții emoționale atunci când ele reprezintă o problemă. În același timp, TCC folosește emoția pentru a modifica reacțiile emoționale ale clienților la evenimente. Prin provocarea reacțiilor emoționale ale clientului, terapeutul cognitiv-comportamental îi prezintă clientului informații noi care solicită și destabilizează rețeaua asociativă dezadaptativă de cogniții, comportamente, afect și experiențe somatice care mențin reacțiile emoționale și comportamentale problematice (Foa și Kozak, 1986; Lang, 1977). Disonanța dintre vechile deprinderi (respectiv, ceea ce crede clientul) și noile informații creează oportunitatea procesării emoționale, care se traduce prin noi reacții

emoționale la stimuli, evenimente de viață și schimbări de perspectivă și semnificație (Foa, Huppert și Cahill, 2006). În cazul terapiei prin expunere pentru tulburări anxioase, prin expunere, clientul învață să se distanțeze (sau se descentrează) de reacțiile de frică condiționată, ceea ce îi sporește toleranța la distres (Arch et al., 2012).

Cercetătorii au afirmat că angajamentul afectiv este o condiție esențială a schimbării terapeutice (Foa și Kozak, 1986; Foa et al, 2006). *Angajamentul afectiv* reactivează vechile deprinderi și le face mai labile și plastice și, dacă informațiile noi și neașteptate sunt prezentate în timpul angajamentului afectiv, vechea amintire este actualizată pentru a include aceste noi informații (Nadel, Hupbach, Gomez și Newman-Smith, 2012). Pe măsură ce noile deprinderi se consolidează pe parcursul timpului și în diferite contexte, ele combat sau inhibă vechile deprinderi din cadrul rețelei anxietății (Bouton, 2002). Dezvoltarea unei rețele asociative mai sănătoase și mai adaptative a fricii îi permite clientului să inhibe sau să pună la încercare vechile deprinderi. Emoția joacă un rol vital în acest proces.

Cercetătorii au utilizat ideea angajamentului efectiv în tulburările depresive și au identificat mai multe procese comune care se presupune că mențin aceste tulburări. De exemplu, evitarea experiențelor (respectiv, evitarea gândurilor, emoțiilor și a altor stimuli interni asociați cu reacția lor emoțională) apare la clienții cu tulburări emoționale (Hayes, Wilson, Gifford, Follette și Strosahl, 1996), ca și cu convingeri dezadaptative și ruminații (respectiv, procesare repetitivă neproductivă) a evenimentelor viitoare sau trecute. Clienții cu tulburări depresive și anxioase au în comun aceleași stiluri dezadaptative de reglare a emoției (respectiv, evitarea experienței, reprimarea gândurilor,

 detașare, afecte tocite și lipsă de speranță; Hayes et al., 1996; Trew, 2011). Un obiectiv central al TCC, fie că este tratamentul tulburărilor anxioase ori al depresiei majore, este folosirea unei abordări și a unei serii de strategii pentru a facilita procesarea emoțională sănătoasă. Multe strategii din TCC trezesc emoția în serviciul procesării vechilor semnificații și cognițiii care contribuie la reacțiile emoționale problematice ale clientului și facilitează învățarea unui nou conținut, care va contribui la o viață mai eficientă. Voi prezenta două strategii de utilizare a emoției în serviciul învățării unui nou conținut: rescrierea imaginară a scenariului și dialogurile imaginare.

Rescrierea imaginară a scenariului în scopul schimbării emoției

Rescrierea imaginară a scenariului este un set de strategii clinice care se focalizează pe schimbarea amintirilor neplăcute (Stopa, 2009). Cercetătorii și clinicienii au aplicat strategiile de rescriere imaginară a scenariului unei serii întregi de probleme clinice: tulburarea de personalitate borderline (Giesen-Bloo et al., 2006), bulimia (Cooper, Todd și Turner, 2007), tulburarea de stres posttraumatic cauzată de molestare sexuală în copilărie (Smucker și Niederee, 1995) și coșmaruri posttraumatice (Long et al., 2011). De obicei, procedura de rescriere imaginară a scenariului include o componentă de restructurare cognitivă, urmată de trei stadii aflate în legătură cu imaginația (Smucker, Dancu, Foa și Niederee, 1995; Smucker și Niederee, 1994): retrăirea imaginară, imaginarea controlului și imaginarea autoliniștirii.

Recent, terapeuții cognitiv-comportamentali au aplicat rescrierea imaginară a scenariului în tratamentul clienților cu fobie

socială (Wild și Clark, 2011; Wild, Hackmann și Clark, 2008). Mulți clienți cu tulburare de anxietate socială relatează imagini negative în legătură cu evenimente sociale sau interpersonale, trecute și identificabile (Hackmann, Clark și McManus, 2000) și, pentru unii dintre acești clienți, imageria negativă nu este în legătură cu un eveniment trecut identificabil. Pentru acești clienți, tehnicile standard de modificare a imageriei centrate pe prezent, cum ar fi EC și feedbackul video, par să fie suficiente. Cu toate acestea, clienții care nu au reacționat adecvat la tehnicile centrate pe prezent și care relatează imagini și amintiri negative recurente referitoare la evenimente trecute, traumatizante social, din care izvorăște imaginea lor negativă de sine, pot avea beneficii de pe urma includerii rescrierii imaginare a scenariului în procedura TCC standard pentru tulburarea respectivă.

Primul pas este identificarea imaginii recurente a clientului, a amintirii de care este legată și a convingerii încapsulate care exprimă semnificația amândurora. Pentru ilustrare, în vingeta următoare terapeutul îl întreabă pe „Walt“, un inginer de software în vârstă de 32 de ani: „Ce tip de lucruri vă trec prin minte atunci când vă simțiți anxios în situații sociale? Aveți vreo imagine spontană care apare când sunteți anxios în situații sociale?“

Walt: Nu știu. Poate că oamenii mă arată cu degetul și râd.

Terapeut: Da. Închide ochii acum, Walt, te rog, și descrie-mi toată imaginea. Încearcă să descrii la prezent, dacă poți.

Walt: Aveam probabil vreo 12 ani.

Terapeut: Încearcă „Am probabil vreo 12 ani“

Walt: Bine. Am 12 ani și stau în curtea școlii. Beau apă de la țâșnitoare și mă stropesc pe pantaloni. Mă întorc și văd un grup de copii care mă arată cu degetul și râd. Ei zic că am făcut pe mine. Mă simt umilit. Închid ochii și fug în biroul directorului. O sun pe mama și ea vine să mă ia. Mă simt îngrozitor.

Terapeut: Care este cel mai groaznic lucru despre amintirea asta, Walt? Ce înseamnă pentru tine?

Walt: Nu sunt bun de nimic. Nici măcar nu pot să beau apă de la o țâșnitoare. Sunt un ratat complet.

Terapeut: Walt, poți, te rog, să descrii asta pe scurt, în una–două propoziții, imaginea copiilor care te arată cu mâna și râd de tine și amintirea acestui eveniment de când erai în gimnaziu?

Walt: Bine. Ar fi așa: sunt un ratat și așa o să fiu mereu. Toți o să mă respingă și o să râdă de mine, pentru că nu pot să fac nimic bine.

Odată ce terapeutul a identificat convingerea care încapsulează imaginea și amintirea, el îl ghidează pe Walt printr-o strategie de restructurare cognitivă, în care clientul examinează împreună cu terapeutul dovezile care confirmă și infirmă această convingere. Restructurarea cognitivă anterioară și EC pot oferi o serie de dovezi care infirmă convingerea. Faza de restructurare cognitivă a rescrierii imaginare a scenariului îl invită pe Walt să analizeze dovada care încapsulează convingerea pe care o avea în copilărie (respectiv, atunci) și alternativele cu noi informații despre ceea ce el percepe a fi dovada care sprijină convingerea sa încapsulată (respectiv, acum; vezi Prezentarea 3.1).

Prezentarea 3.1
Evidența lui Walt pentru „acum" și „atunci"

Convingere încapsulată: „Nu sunt bun de nimic"	
Atunci	Acum
Dovezi pentru convingerea încapsulată	Alternative cu informații noi
Am fost un copil neîndemânatic.	Eram neîndemânatic, deoarece eram foarte înalt pentru vârsta mea. Nu puteam face nimic în privința înălțimii. Foarte mulți copii înalți erau un pic neîndemânatici, așa ca mine. Până la urmă, m-am mai împlinit, și a fost un lucru bun să fiu înalt. Am devenit un jucător de baschet destul de bun. Copiii mă plăceau pentru asta. Cu siguranță eram bun la ceva, chiar dacă mă aflam într-o fază neîndemânatică.
Unii copii nu mă plăceau.	Foarte mulți copii sunt răi, în special în gimnaziu. Și eu am fost destul de rău uneori. Unii copii nu mă plăceau, pentru că eram bun la învățătură. Alții nu mă plăceau, pentru că eram înalt și jucam baschet destul de bine. Dacă e să fiu sincer, nici mie nu-mi plăceau unii dintre ei. Doar pentru că unii copii nu mă plăceau nu înseamnă că nu sunt bun de nimic. Eram bun la multe lucruri. Îi ajutam pe antrenor și pe profesori și uneori copiii nu mă plăceau din cauza asta.
Mi-am stropit pantalonii.	Copiii au râs de mine doar vreo două minute, apoi au uitat de asta. Unul sau doi au mai râs și a doua zi, dar, după aceea nimeni n-a mai zis nimic. Da, a fost urât din partea celor care au râs de mine și m-au arătat cu degetul, dar copiii pot fi răi. Chiar dacă eram supărat, asta nu m-a împiedicat să învăț din greu și să-mi ajut profesorii și prietenii. Am fost de ajutor chiar și după evenimentul cu țâșnitoarea.

După faza restructurării cognitive, Walt și terapeutul au trecut la procedura rescrierii imaginare a scenariului. Terapeutul începe cu un raționament pentru a explica procesul și modul în care îl poate ajuta pe Walt să se simtă mai puțin anxios în situații sociale:

> Walt, evenimentul cu țâșnitoarea te-a determinat să dezvolți anumite convingeri despre tine însuți și să te simți anxios pentru că presupui că oamenii te vor trata și astăzi cum te-au tratat în trecut. Într-un sens, tu vezi evenimentele de astăzi prin lentila limitată a trecutului. Nu este o lentilă utilă, și nici măcar exactă, pentru că nu include toate informațiile noi pe care le ai ca adult. Am examinat împreună tendința ta de a supraestima probabilitatea ca oamenii să te respingă, iar acum vedem că e rareori adevărat și că lumea nu se așteaptă să fii perfect — să nu mai ai niciodată un accident cu vreo țâșnitoare.
>
> Totuși, ori de câte ori această amintire este declanșată astăzi în situații sociale, simți durerea pe care ai avut-o în copilărie. Pentru a te simți mai puțin anxios în relațiile tale cu oamenii, este important să actualizezi acea amintire cu noile informații pe care le-am descoperit în ultimele două săptămâni.
>
> Cel mai bun mod de a procesa această amintire este să o revizuiești. Într-un minut, vreau să închizi ochii și să povestești din nou amintirea, la prezent și persoana I, ca și când ai avea din nou 12 ani. Apoi vreau să introduci noile informații, ca Walt cel de 32 de ani. Asta ar putea însemna ca Walt cel de 32 de ani să-l ghideze pe Walt cel de 12 ani prin acele câteva minute dureroase. Îi vei spune lui Walt cel de 12 ani ce știi acum sau poate vorbești cu ceilalți copii care au râs și te-au arătat cu degetul.

Scopul acestui proces este actualizarea amintirii, astfel încât să nu mai fie un eveniment care să coloreze prezentul, astfel încât tu să poți procesa corect prezentul, așa cum se întâmplă el în realitate. Ești pregătit să începi?

Terapeutul îi cere apoi lui Walt să închidă ochii și să îl conducă pe terapeut prin amintirea despre evenimentul cu țâșnitoarea, la vârsta la care a avut loc. Această fază este asemănătoare cu retrăirea în imaginație a amintirilor traumatice în TCC aplicată tulburării de stres posttraumatic (Ehlers și Clark, 2000; Foa și Rothbaum, 1998):

Terapeut: Ai 12 ani, Walt, și tocmai ți-ai stropit pantalonii cu apă. Spune-mi ce se întâmplă acum. Dirijează-mă prin acest eveniment, ca și când s-ar întâmpla chiar acum.

Walt: Bine, deci mă aplec să beau o gură de apă și apăs pe butonul țâșnitorii și se împrăștie apă peste tot. Sunt fleașcă. Am o pată imensă pe pantaloni, în față. Pare că am făcut pipi pe mine. Înțepenesc și mă ridic, apoi aud copiii râzând în spatele meu. Îmi strigă că sunt un ratat. Mă întorc, iar ei arată cu toții spre pantalonii mei și râd. Unii se îneacă de atâta râs. Strigă la alți copii: „Walt a făcut pipi pe el!“, iar ceilalți se întorc și se uită la mine. (Începe să plângă.) E atât de greu. Urăsc asta! Mă simt atât de umilit.

Terapeut: Te descurci nemaipomenit, Walt. Știu că este greu, dar te descurci grozav. Rămâi la ce s-a întâmplat și spune-mi ce a mai urmat.

Walt: (*Își drege vocea și își șterge ochii.*) Mă uit la toți copiii și le spun că a fost un accident. Ei continuă să râdă.

Simt că obrajii îmi iau foc. Plâng, și nu vreau ca ei să mă vadă plângând. Un copil strigă la mine că sunt un bebeluș. Spune că plâng pentru că sunt un bebeluș bun de nimic și nu sunt în stare de nimic. Încep să alerg spre biroul directorului. Îi aud pe copii strigând: „Bebelușul! Bebelușul! Bebelușul!" Vreau să dispar. Vreau să fiu altcineva. Altcineva. (*Suspină.*)

Următoarea fază a procedeului rescrierii imaginare a scenariului este invitarea clientului să retrăiască evenimentul traumatizant, dar, de data asta, sinele mai în vârstă îi descrie evenimentul pe care îl observă sinelui mai tânăr:

Terapeut: Faci o treabă excelentă, Walt. Te rog, ține-ți ochii închiși și hai să trecem la pasul următor. Aș vrea acum să mă duci din nou la evenimentul cu țâșnitoarea, însă, de data aceasta, aș vrea să mi-l povestești ca și când observi ce se întâmplă, ca și când te afli acolo, în curtea școlii, privind ce i se întâmplă lui Walt cel de 12 ani. De data asta, vreau să descrii evenimentul la persoana a III-a: „Îl văd pe Walt stând lângă țâșnitoare. Înțepenește când apa îi stropește cămașa și pantalonii". Acum continuă, te rog.

Walt: Hm, bine. Walt e plin de apă și mă uit la el cum se ridică încet. Nu se întoarce, pentru că țipă la el copiii. Îi spun că este un ratat și că a făcut pipi pe el. Până la urmă, se întoarce, iar copiii îl arată cu degetul și-i spun „bebeluș" Spun că e un bebeluș care

nu poate nici măcar să bea apă de la țâșnitoare. Îl văd pe Walt privind în jur, apoi începând să alerge spre biroul directorului. Copiii continuă să îi strige diverse jigniri. Sunt foarte răi cu el.

Terapeut: Da, copiii sunt foarte răi cu Walt. Ce se întâmplă pe urmă? Ce vezi că se întâmplă pe urmă?

Walt: Un copil fuge după el și le face semne celorlalți copii. Arată spre pantalonii lui Walt și țipă că a făcut pipi pe el. Copiii continuă să țipe și să-l arate cu degetul, până când Walt intră în școală. E atât de greșit! Copiii ăștia sunt niște idioți mici! (*Își strânge pumnii și se bate cu ei peste coapse.*)

Faza finală a procesului de rescriere imaginară a scenariului invită clientul să retrăiască evenimentul traumatic la vârsta la care a avut loc, dar, de data aceasta, sinele mai în vârstă și mai înțelept este împreună cu clientul, oferindu-i compasiune, informații noi și sprijin:

Terapeut: Excelentă treabă, Walt. Aproape am terminat. Pasul final este să îi oferi sinelui tău mai în vârstă o șansă să-ți ajute sinele mai tânăr. Te rog, închide ochii din nou și parcurge evenimentul încă o dată. Vreau să mă duci acolo ca și când ai fi cel de 12 ani și se întâmplă chiar acum. Dar de data aceasta, sinele tău înțelept, de 32 ani, este în curtea școlii și stă chiar lângă tine. Walt cel mai în vârstă are toate informațiile pe care le-ai aflat în ședințele noastre anterioare și poate să ajute, dacă vrei. El poate vorbi cu ceilalți copii sau cu tine sau poate face orice

altceva crezi că este util și potrivit în această situație. Ești gata?... Bun, du-mă înapoi în curtea școlii, la țâșnitoare.

Walt: Stau lângă țâșnitoare împreună cu Walt. Ne e sete, iar Walt bea primul. Apasă butonul, iar apa țâșnește peste tot. Îl udă pe Walt, mă udă și pe mine — nu chiar așa de mult, dar suficient. Copiii râd și ne fac bebeluși. Spun că am făcut pipi pe noi. Ne arată pantalonii cu degetul și își clatină capul. Le spun să tacă. (*Plânge puțin.*)

Terapeut: Da. Corect. Și ce mai faci?

Walt: Vreau să le spun să-și vadă de viața lor. Să se maturizeze.

Terapeut: Te rog, fă-l pe Walt cel mai în vârstă să-i spună asta lui Walt cel mai tânăr.

Walt: Deci, Walt cel în vârstă pășește în fața lui Walt cel tânăr. Le spune copiilor: „Hei, voi sunteți ratații. Știți că nu a făcut pipi pe el. Țâșnitoarea a făcut asta, dar voi vreți să vă ridicați pe voi și să îl puneți pe el la pământ. Voi sunteți ratații aici, nu Walt!

Terapeut: Ce fac acum copiii?

Walt: Râd în continuare, dar pleacă, cel puțin unii dintre ei.

Terapeut: Ce se întâmplă apoi?

Walt: Îmi ridic capul din pământ și îi spun lui Walt să facă același lucru. Ne ridicăm capetele și îi arătăm cu degetul și râdem de ei. (*Nu mai plânge.*)

Terapeut: Deci, tu și cu tânărul Walt vă ridicați capetele și vă uitați la ceilalți copii. Apoi ce se mai întâmplă?

Walt: Copiii pleacă. Ei privesc în jos, iar noi ținem capul sus.

Terapeut: Și ce vede tânărul Walt?

Walt: Vede câțiva copii care sunt doar copii. Știe că fiecare copil este tachinat și hărțuit, și că astăzi este rândul lui Walt.

Terapeut: Vrea să spună ceva tânărul Walt?

Walt: Da. Vrea să spună că, deși azi e rândul lui să fie tachinat, el le arată că nu-l pot răni — că nu este un ratat, un bun de nimic.

Terapeut: Cum se simte acum tânărul Walt?

Walt: (*Ridică vocea cu fiecare propoziție pe care o spune*): Este puternic. Este plin de încredere. Nu e un ratat. Nu e cineva bun de nimic.

Terapeut: Mai e ceva ce trebuie să știe tânărul Walt?

Walt: Da. Trebuie să știe că totul se va rezolva. Copiii sunt răi uneori, dar cei mai mulți adulți nu sunt răi, și chiar dacă va da peste un adult rău, nu mai are 12 ani. Poate să-și poarte de grijă singur.

Terapeut: Vrei să-i spui asta tânărului Walt, acum?

Walt: Da. „Ești puternic, Walt. Nu ești un om bun de nimic și mulți oameni pot învăța de la tine. Ești un profesor extraordinar."

Terapeut: În regulă. Când ești gata, revino în această încăpere și deschide-ți ochii.

Dialogul imaginar pentru schimbarea emoției

Dialogul imaginar este o tehnică experiențială puternică, pe care terapeuții cognitiv-comportamentali o folosesc pentru a lucra cu convingeri dezadaptative de bază, care provoacă reacții emoționale puternice la situații și evenimente (Young, Klosko și

Weishaar, 2003). În mod tipic, dialogurile imaginare se concentrează asupra clienților în conversații cu persoanele care au contribuit la dezvoltarea convingerilor lor dezadaptative de bază sau cu persoane care le întăresc aceste convingeri în viața prezentă. Obiectivul este, prin urmare, sprijinirea clienților să-și dezvolte și consolideze convingerile adaptative de bază, iar această schimbare profundă trebuie să aibă loc în prezența afectului negativ puternic, cel puțin la fel de puternic precum afectul negativ experimentat de client atunci când a dezvoltat convingerile dezadaptative inițiale.

Cel mai frecvent, lucrul cu dialogul imaginar începe cu dialogurile pe care clientul și le imaginează cu părinții sau cu alte figuri semnificative din copilărie, cum ar fi un bunic sau un frate. Terapeutul cognitiv-comportamental începe prin a-l ruga pe client să-și închidă ochii și să se închipuie cu un părinte (sau cu o altă persoană semnificativă) într-o situație supărătoare din trecut sau într-un eveniment recent. Terapeutul apoi ajută clientul să-și exprime afectul puternic, deseori furia, față de părintele care nu a reușit să îndeplinească nevoile de bază ale clientului. Acesta este deseori un teritoriu complet nou pentru client. Este posibil ca el să nu-și fi imaginat niciodată posibilitatea de a-și exprima furia față de un părinte, iar aceasta poate fi o valoare în sine. Totuși, dialogurile imaginare oferă clientului mult mai mult. Prin dialoguri imaginare, ei își pot închipui un rezultat diferit, cum ar fi să-și apere drepturile în fața unui părinte abuziv: „Nu am vrut decât iubirea ta, dar tu nu ai putut să mi-o dai"; „Am dreptul să-mi port singur de grijă și nu mai vreau să am grijă de tine"; „Nu, nu te mai las să mă maltratezi în continuare"; „Nu, nu-ți mai permit să mă critici" Dialogurile imaginare pot, de asemenea, să ajute clienții să se distanțeze de

convingerile lor dezadaptative de bază. De obicei, clienții se simt neputincioși împotriva acestor convingeri adânc înrădăcinate. Dialogurile imaginare pot crea un sentiment de sens și autoeficacitate și pot promova o convingere de bază alternativă și mai adaptativă. Prin dialoguri imaginare, clientul care crede că este defect poate învăța că toți copiii au dreptul la iubire și respect, iar acest lucru poate fi „simțit" ca adevărat și de către client.

Exprimarea furiei le este dificilă clienților și, uneori, ei vor încerca să-i convingă pe terapeuții cognitiv-comportamentali să renunțe la activitățile experiențiale de acest tip. Ei pot insista asupra faptului că au depășit acest lucru și au gestionat deja furia pe care o adăpostesc. Ei pot pune la îndoială necesitatea furiei și pot argumenta că doresc o TCC pentru că doresc să schimbe modul în care gândesc despre evenimentele trecute, dar nu și ceea ce simt în legătură cu acestea. Uneori, clienții pot dori TCC tocmai pentru a evita experimentarea emoțiilor care îi tulbură și sunt derutați dacă terapeuții le sugerează să interacționeze cu aceste experiențe. Alți clienți vor argumenta că și-au iertat părintele, ceea ce este puțin probabil să se fi întâmplat dacă nu au trecut peste furia de a fi fost nedreptățiți. Există loc de iertare și de acceptare a limitărilor unui părinte, dar acest stadiu urmează, pentru cei mai mulți clienți, după acela în care exprimă și simt ceea ce poate că au reprimat sau au raționalizat timp de mulți ani.

Uneori, clienții cred că este greșit să trăiască o furie atât de intensă față de un părinte și se simt vinovați. Ei pot crede că părinții lor au făcut tot ce le-a stat în putință, ceea ce poate fi adevărat, dar asta nu înseamnă că greșelile făcute de părinți nu l-au rănit pe client. Mai mult, atâta timp cât clientul se simte prea vinovat și își exprimă furia față de un părinte, el nu este

 capabil să facă un doliu adecvat pentru ceea ce ar fi putut fi. Doliul pentru ceea ce a pierdut în copilărie îl ajută să renunțe la a încerca să-și mai schimbe părintele și, în sfârșit, să obțină astăzi, ca adult, ceea ce-și dorise în copilărie.

„Pam" este o femeie de 58 de ani măritată, cu doi copii. Dorește terapie pentru a o ajuta cu depresia pe care o are din adolescență. În copilăria mică, fratele ei o molestase sexual timp de mai mulți ani. O educatoare a raportat abuzul serviciilor de protecție a copilului, care au investigat incidentul și l-au îndepărtat pe frate de acasă. Mama lui Pam a învinovățit-o pe ea pentru abuz, pentru îndepărtarea fratelui și pentru umilința suferită. Pam are o relație tensionată cu mama ei, care este rece și distantă. Aceasta continuă să o critice și s-o blameze pe Pam pentru cea mai mică greșeală, deseori făcând-o de râs în fața altor rude sau chiar a străinilor. Pam nu a fost capabilă să se impună în fața mamei și nu și-a recunoscut niciodată furia pe care a simțit-o și o simte pentru mamă.

Terapeut: Pam, te rog să închizi ochii și să evoci mental momentul în care te afli singură în casă. Poți să reînvii acel moment acum? Ce simte mica Pam? Vrei să rogi partea ta adultă să o întrebe pe mica Pam cum se simte? Cum se simte mica Pam?

Pam: Se simte singură.

Terapeut: Înțeleg. Vrei să o întrebi de ce se simte așa de singură?

Pam: Nu e nimeni prin preajmă. Nimeni nu se joacă cu mine. Copiii sunt fie mai mari, fie mult mai mici decât mine. Nu e niciunul de vârsta mea.

Terapeut: Da, înțeleg. Acum, adu-o pe mama ta în imaginea cu mica Pam. Imaginează-ți că mama ta este furioasă pe

tine. Imaginează-ți că te învinovățește pentru ceva. Ai vrea să o aduci pe mama ta în imagine, în felul acesta? Spune-mi ce vezi. Care este expresia de pe fața ei?

Pam: Arată furioasă. Pare foarte înaltă, cum stă acolo și se uită în jos la mine. Sunt niște zgârieturi pe pantofii mei, poate că nu-i place asta.

Terapeut: Bine. Acum ești mama ta și îi spui lui Pam ceea ce ar fi putut mama să-i spună micii Pam despre zgârieturile de pe pantofi. Fă-o să se înfurie pe tine din cauza zgârieturilor și prefă-te că ești ea, ca să aud ce ar fi putut spune.

Pam: „N-ai putut să fii mai atentă?" Sună ca un zgomot. Nu pot să pun în cuvinte. Este nefericită și eu am făcut-o să fie așa.

Terapeut: Așadar, este vina ta. Este din nou vina ta. Și cum se simte acum mica Pam?

Pam: (*își reține lacrimile*) Îi vine să plângă.

Terapeut: Te rog, încearcă să mă introduci și pe mine în scenă, chiar dacă este puțin deplasat. Evident, nu prea am ce căuta acolo, dar încearcă.

Pam: Da, te pot vedea acum, un pic, cred.

Terapeut: Bine. O să vorbesc cu mama ta acum, în imaginație. Te-ai simți mai sigură cu un fel de zid în imagine, poate o barieră pusă între mine și tine, pe de o parte, și mama ta pe de cealaltă?

Pam: Nu am nevoie de un zid. O să stau în spatele dumneavoastră. Este în regulă așa?

Terapeut: Da. Te rog, stai în spatele meu. În regulă, acum ești mama ta și vorbești cu mine. O să vorbesc cu mama ta.

Acum nu vorbesc cu tine, ca mica Pam. Vorbesc cu mama ta. Te rog, imaginează-ți acest lucru.

Terapeut: (*către „Pat", mama lui Pam*) „Pat, Pam este un copil, iar copiii își zgârie pantofii. Pam este doar un copil"

Pam: (*ca Pat*) E un copil oribil. E egoistă și nu are grijă de lucrurile ei. E un copil rău.

Terapeut: (*către Pat*) „Pam nu este un copil rău. Te aștepți ca ea să acționeze ca un adult, dar este un copil. Aștepți prea multe de la ea. Nu este un copil rău. Nu este un copil oribil. Tu ești adultul. Treaba ta este să o iubești pe Pam și să ai grijă de ea, și să accepți că este un copil și nu a învățat încă lucrurile pe care te aștepți să le cunoască"

(*Pam plânge foarte tare acum. Încearcă să-și înăbușească suspinele, dar umerii îi tremură și privește în pământ.*)

Terapeut: (*către Pam*): O să te învăț acum. O să-ți dau lucruri de spus, pentru că e posibil să-ți fie greu să îți dai seama ce trebuie spus. O să fiu mica Pam care spune că sunt rea, sunt un copil oribil. Și vreau ca tu să fii mama iubitoare. Vreau să vorbești ca și când ai fi mama ta, dar așa cum vorbești cu copiii tăi. Vreau să vorbești cu mica Pam și să-mi spui ce ai spune propriilor tăi copii, nu în felul în care mama ta vorbea cu mica Pam.

Pam: Bine.

Terapeut: (*ca mica Pam*) „Sunt o fetiță oribilă. Mi-am zgâriat pantofii. Mama mi-a spus să nu fac asta. Sunt îngrozitoare. E vina mea"

Pam: (*ca mamă iubitoare*) „Nu, nu ești o fetiță oribilă. Ești doar o fetiță. A fost un accident. Sunt doar niște pantofi. Nu e mare lucru"

Terapeut: (*ca mica Pam*) „Ar fi trebuit să știu mai bine. Mi-am stricat pantofii. Ar fi trebuit să fiu mai atentă. Sunt o fetiță rea, o fetiță oribilă"

Pam: (*ca mamă iubitoare*) „Nu e mare lucru. Sunt doar niște pantofi. Nu e mare lucru. Bine că nu te-ai rănit. Nu contează. Sunt doar niște pantofi"

Pam: (*ca mamă iubitoare*) „Nu ești rea. Nu ești rea"

Terapeut: (*ca mica Pam*) Dar trebuie să o cred, pentru că are mereu dreptate.

Terapeut: (*către mama iubitoare*) „Spune-i lui Pat că nu avea mereu dreptate"

Pam: (*ca mamă iubitoare*) „Nu aveai mereu dreptate. Ai făcut greșeli. Te-ai înșelat uneori"

Terapeut: Aș vrea să mai incluzi un lucru în scena asta, Pam. Este un pic delicat. Sper că este în regulă că aduc vorba despre asta. O să fiu din nou Pat, iar ea va vorbi cu tine despre fratele tău. Este în regulă?

Pam: Este în regulă. Dați-i drumul.

Terapeut: (*ca Pat către mica Pam*) „Mi-aș fi dorit să nu-mi spui despre fratele tău. Știi că sunt ocupată. Ar fi trebuit să te descurci singură. Ar fi trebuit să-i spui să se oprească. De ce m-ai amestecat în povestea asta?"

Pam: (*ca mica Pam către Pat*) „Pentru că tu ești mama. Ar fi trebui să mă protejezi"

Terapeut: A fost minunat. A fost extraordinar. Te rog, mai spune-i o dată asta lui Pat.

Pam: (*către Pat*): „Tu ești mama. Ar fi trebuit să mă protejezi"

Terapeut: (*ca Pat către mica Pam*) „Nu, ți-am spus să nu mai dai apă la șoareci. Ți-am spus să taci și să nu te mai plângi. Mereu te plângi. Ce mare lucru? Ce dacă te-a agresat sexual? De ce ești așa de supărată de asta?"

Pam: (*ca mica Pam către Pat*) „Pentru că m-a durut. E greșit. Nu-mi place"

Terapeut: (*către mica Pam*) Spune-i lui Pat că o mamă bună ar fi oprit asta. O mamă bună nu i-ar fi spus fetiței ei să se descurce singură. Ea ar fi oprit asta.

Pam: (*ca mica Pam către Pat*) „O mamă bună m-ar fi protejat. O mamă bună m-ar fi ținut departe de pericole. O mamă bună i-ar fi spus să se oprească"

Terapeut: (*către Pam*) Acum vorbește cu Pat ca mama iubitoare. Spune-i că nu o să lași niciodată să se întâmple asta copiilor tăi. Spune-i că îi vei apăra de lucruri ca astea.

Pam: (*ca mama iubitoare vorbindu-i lui Pat*) „N-o să permit niciodată să se întâmple asta copilului meu. Dacă s-ar fi întâmplat, aș fi pus capăt imediat. N-ar fi continuat. N-aș fi lăsat pe nimeni să-mi rănească copilul în felul acesta"

Terapeut: Bine. Spune-i lui Pat că te-ai săturat să o protejezi tu pe ea.

Pam: (*către Pat*) „Și m-am săturat să te protejez. Tu ar fi trebuit să faci asta. Era treaba ta"

Terapeut: Spune-i că nu este vina ta.

Pam: (*către Pat*) „Nu este vina mea. Nu am greșit cu nimic. Eu nu am greșit cu nimic"

Terapeut: Bine. Pam, deschide ochii și spune-mi cum te simți acum.

Pam: Furioasă. Foarte furioasă.

Terapeut: Furioasă pe ea (Pat)?

Pam: Da.

Terapeut: Da. Cum te simți, să fii furioasă pe ea? E mai bine decât să fii furioasă pe tine însăți sau e la fel?

Pam: Mă simt mai bine să fiu furioasă pe ea, pentru că e în afara mea. Nu e înăuntrul meu.

Terapeut: Da. Pare că ai crezut cu adevărat că nu este vina ta. Nu era ceva care venea din partea intelectuală. Te-ai simțit furioasă pe ceva care era greșit și ai fost capabilă să exprimi furia pe care o simțeai. Furia a ieșit afară. A fost dificil să-i spui mamei aceste lucruri sau s-a întâmplat automat?

Pam: N-am știut că vor ieși. Au ieșit pur și simplu din mine. Pur și simplu au ieșit.

Terapeut: Mama iubitoare din tine a fost cea care a ieșit. Mama iubitoare care și-ar fi apărat copiii împotriva oricui. Tu nu ți-ai lăsa copiii fără apărare în felul în care te-a lăsat mama ta.

Pam: Da. Ea nu m-a apărat, și este vina ei, nu a mea. Înțeleg asta, în sfârșit. Știam oarecum, în capul meu, dar mi-era foarte greu să fiu furioasă pe ea. Încă îmi este foarte greu să fiu furioasă pe ea, dar totul e altfel acum. Mă simt altfel.

Pentru a conchide, TCC include multe strategii de trezire a emoției, pentru a-i ajuta pe clienți să-și controleze reacțiile emoționale problematice. Prin aceste strategii de provocare a

emoției, clienții învață să tolereze afectul negativ, ceea ce apoi îi ajută să-și accepte emoțiile pe care le-au reprimat timp de mulți ani sau poate nici nu au realizat că le au.

Imageria este o intervenție puternică pentru trezirea emoției, în scopul schimbării ei. Rescrierea imaginară a scenariului și dialogurile imaginare sunt doar două dintre strategii, iar TCC include multe altele (Hackmann, Bennett-Levy și Holmes, 2011), care se aplică în tratamentul unei serii întregi de probleme.

Emoție și relații interpersonale

Mulți clienți apelează la TCC pentru că au probleme în relațiile cu ceilalți. Deseori, suferința relației este cauzată de abilități reduse de reglare a emoțiilor. Clienții care nu au abilități eficiente de a-și gestiona reacțiile emoționale îi pot critica pe ceilalți când sunt furioși sau pot depinde prea mult de alții când sunt anxioși. TCC îi învață pe clienți competențe de gestionare a reacțiilor emoționale, pentru a-și îmbunătăți relațiile interpersonale.

În același timp, problemele interpersonale iau naștere din evitarea emoțiilor înseși. Clienții anxioși sunt deseori neconștienți de consecințele interpersonale ale comportamentelor lor de îngrijorare (Erickson și Newman, 2007); de exemplu, un client căruia îi este frică de pierderea relațiilor intime poate căuta asigurări repetate la soția sa care, după mulți ani de inabilitate de a oferi asigurări partenerului, se distanțează de el, pentru a face față stresului pe care acesta îl simte. Clienții cu tulburări cronice de anxietate, cum ar fi tulburare de anxietate generalizată, au raportat probleme interpersonale mai mari (Przeworski et

al., 2011), mai puțini prieteni apropiați (Whisman, Sheldon și Goering, 2000) și o probabilitate mai mare de divorț sau separare, sau satisfacție maritală scăzută (Whisman, 2007; Whisman et al., 2000). Acele dificultăți interpersonale pot reflecta o tendință a clienților anxioși de a evita experimentarea, acceptarea și exprimarea reacțiilor lor emoționale în relațiile cu ceilalți (Newman, Castonguay, Borkovec și Molnar, 2004).

TCC face eforturi să-și învețe clienții atât abilități de reglare a reacțiilor emoționale dezadaptative, cât și abilități de trăire pe deplin a acestor reacții emoționale, atunci când evitarea lor le creează probleme. Indiferent de focalizarea intervenției, reglării sau acceptării, emoția este vitală în acel proces de schimb interpersonal.

Imageria pentru spargerea tiparelor interpersonale dezadaptative

Clienții cu dificultăți interpersonale fac față deseori relațiilor cu ceilalți prin evitare sau supracompensare. De exemplu, un client cu convingerea de bază „Sunt incompetent“ poate evita să ceară ajutorul șefului său și apoi să nu reușească să se ridice la înălțimea așteptărilor acestuia, întărindu-și astfel convingerea că este incompetent. Un client cu convingerea de bază „Sunt defect“ poate supracompensa prin adoptarea unei poziții superioare cu colegii sau prietenii, care apoi spun despre client că este „înfumurat“, întărindu-i prin aceasta convingerea că este defect.

Terapeutul cognitiv-comportamental poate utiliza tehnicile imageriei pentru a trezi emoția, în timp ce clienții își pot forța stilul tipic de adaptare și descoperi noi modalități de a se raporta

la ceilalți. Obiectivul imageriei este de a ajuta clientul să-și imagineze că acționează în moduri adaptative în fața emoțiilor care apar, în loc să se retragă în strategiile sale dezadaptative tipice. De exemplu, un client care crede că este un ratat și de obicei evită să-și pledeze cauza se va imagina mergând în biroul șefului și cerându-i o mărire de salariu. În următoarea vignetă, terapeutul cognitiv-comportamental, prin intermediul utilizării imageriei, o ajută pe „Lisa" să spargă un tipar de evitare în relațiile intime, care durează de-o viață. Lisa este fiica unui tată alcoolic, care o umilea în mod repetat. Îi spunea că este proastă și ratată și o ridiculiza de fiecare dată când ea dorea să facă ceva pentru a deveni mai bună. Când a fost acceptată de un colegiu renumit, tatăl nu i-a permis să-l frecventeze. I-a spus că nu este suficient de deșteaptă ca să urmeze o facultate și că ar fi o pierdere de bani. Lisa a reușit să urmeze un colegiu al comunității locale, dar tatăl a refuzat să contribuie la plata taxelor școlare, astfel încât ea nu a fost capabilă să-și completeze educația. Lisa crede acum că este o ratată și, deși își dorește relații intime, evită să iasă la întâlniri. Relațiile pe care le-a avut în trecut au fost cu bărbați care au folosit-o pentru sex, apoi au părăsit-o.

Terapeutul cognitiv-comportamental începe prin a-i cere Lisei să-și închidă ochii și să-și imagineze că este la o cină cu un bărbat foarte drăguț, care are un loc de muncă bine plătit, poate ca mecanic sau profesor. Apoi terapeutul o instruiește pe Lisa să i se adreseze convingerii ei de bază „Sunt o ratată", care o presează să termine întâlnirea și să se ducă acasă, cu vocea ei de adult sănătos, care o încurajează să rămână, să nu evite, astfel încât să-și poată stăpâni emoțiile pe care le trezesc în ea situații ca acestea.

Terapeut: Lisa, acum, că ai închis ochii, aș vrea să-ți imaginezi că ești la o cină cu un bărbat drăguț, care are un loc bun de muncă. Poți să te închipui într-o situație ca asta?

Lisa: Da. Sunt la masă cu el. E foarte drăguț și vorbește despre serviciul lui și despre ce face. Mă simt foarte inconfortabil. Vreau să găsesc o scuză, așa cum fac de obicei, și să plec, dar mă forțez să stau și să vorbesc cu el.

Terapeut: Lisa, ieși din tine acum și spune-mi de ce acea parte din tine dorește să plece. De ce vrei să pleci acum?

Lisa: Sunt foarte speriată. Mi-e teamă că o să mă întrebe ce fac, iar eu va trebui să-i spun că nu fac nimic. Apoi nu o să mă placă. Se va termina. El e un băiat drăguț și o să mă părăsească.

Terapeut: De ce să nu te placă?

Lisa: În momentul în care va afla că nu am terminat colegiul, va crede că sunt proastă. Nu sunt prea deșteaptă. El vrea probabil o prietenă deșteaptă, care e interesantă și poate purta o conversație. Eu nu sunt așa.

Lisa simte nevoia imperioasă de evitare. Este foarte anxioasă și se simte inconfortabil și, dacă ar fi la o întâlnire reală cu un tip drăguț, s-ar putea să nu vorbească prea mult, ceea ce l-ar face pe bărbat să tragă concluzia că nu este prea deșteaptă sau ea ar găsi o scuză și ar pleca din restaurant. Terapeutul o încurajează pe Lisa să-și imagineze cum își învinge sau forțează tendința de evitare și, în schimb, vorbește cu bărbatul.

Terapeut: Lisa, încearcă să-ți imaginezi că vorbești cu el acum. Spune-i câte ceva despre interesele tale. Ce îți place să citești și cum îți place să te distrezi. Poate te poți imagina povestindu-i despre cursul de artă. Încearcă să-ți imaginezi că vorbești cu el acum și spune-mi ce vezi că se întâmplă.

Lisa: Încep să-i povestesc despre cursul de artă. Îmi pune întrebări. Vorbim despre asta și pare interesat. Vorbim despre muzică și artă.

Terapeut: Cum merge conversația?

Lisa: Până acum, pare interesat de mine. Încă mă simt emoționată, chiar îngrozită, dar mă forțez să-i povestesc despre lucrurile care îmi plac. Este dificil, totuși. Mă simt bine, dar sunt foarte emoționată.

Terapeut: Spune-i asta. Spune-i că te simți bine, dar ești foarte emoționată.

Lisa: (*către bărbat*) „Mă simt foarte emoționată. Mă simt bine, dar sunt un pic îngrijorată că tu ai putea să nu te simți bine".

Terapeut: El ce spune?

Lisa: Îmi spune că și el este emoționat. Spune că se simte bine, dar că este emoționat.

Terapeut: Cum te simți auzind asta de la el?

Lisa: Mă simt mai relaxată.

Terapeut: Spune-i despre lucrurile care te îngrijorează că le va afla despre tine și pe care nu poți să i le spui tu. Povestește-i despre acel lucru de care te rușinezi sau te temi că-l va afla.

Lisa: (*către bărbat*) „Sunt îngrozită să-ți spun asta, dar sunt îngrijorată că vei crede că nu sunt prea isteață. Nu știu dacă sunt isteață. Mă îngrijorează că vei crede că sunt proastă și nu mă vei mai suna"

Terapeut: Ce spune?

Lisa: (*plânge acum*) Îmi spune că și el se teme că nu o să-l plac. Îmi spune că uneori se îngrijorează că nici el nu este suficient de deștept. Nu crede că e chiar așa mare problemă. Îmi spune că avem cu toții chestii de care suntem nesiguri.

Terapeut: Cum te simți acum?

Lisa: Un pic mai confortabil, pentru că a fost cinstit cu mine. Nu mă judecă. Îmi spune despre propria lui nesiguranță. Asta mă face să mă simt mai puțin speriată.

Terapeutul cognitiv-comportamental îi cere Lisei să-și imagineze că acționează împotriva tiparelor ei emoționale. Este vorba mai puțin despre ce-i va spune Lisa bărbatului imaginar și mai mult despre contracararea tiparului ei evitant de adaptare. În loc să se închidă și să se retragă în sine, așa cum ar face în mod normal, Lisa se imaginează cum îi împărtășește unui bărbat nesiguranța ei, într-un mod autentic și îngăduitor. Odată ce se simte mai în largul ei împărtășindu-i unui bărbat interesele ei, este cu atât mai probabil ca acest bărbat să o găsească interesantă și isteață. Prin imagerie, terapeutul cognitiv-comportamental lucrează asupra consolidării convingerii adaptative că Lisa este suficient de deșteaptă să susțină o conversație și să găsească un bărbat iubitor și atent.

Jocuri de rol interpersonale pentru practicarea abilităților de relaționare interpersonală

Jocurile de rol interpersonale sunt o strategie puternică permițând clientului să practice abilitățile interpersonale nou achiziționate în ședință, împreună cu terapeutul cognitiv-comportamental. Jocurile de rol interpersonale sunt eficiente în special când sporesc încrederea clientului că poate folosi acea abilitate în prezența afectului negativ.

Autoeficacitatea este încrederea în propria capacitate de a realiza cu succes o sarcină (Bandura, 1982, 1994). Teoria autoeficacității sugerează că oamenii, în general, vor încerca doar sarcini despre care cred că le pot realiza. Forța acestei convingeri este încrederea în sine, iar oamenii cu convingeri puternice de autoeficacitate cred că ei pot realiza chiar și sarcini dificile. Deseori, o trăsătură a sarcinilor dificile este că ele trezesc un afect negativ, iar individul trebuie să realizeze sarcina în fața emoției negative inconfortabile. Stresul, anxietatea, îngrijorarea și frica afectează negativ autoeficacitatea și pot duce la o inabilitate de a iniția și realiza sarcini care induc anxietatea (Bandura și Adams, 1977). Din acest motiv, este esențial ca acei clienți care dobândesc noi abilități interpersonale să creadă că pot realiza sarcinile și când se află într-o stare caracterizată de emoționalitate ridicată.

„Nathan", 37 de ani, redactor, dorește TCC pentru că se simte copleșit și anxios atât în viața personală, cât și în cea profesională. Nathan se luptă să se impună în fața altora, în special a șefei sale, care vine zilnic la biroul lui Nathan cu noi sarcini pe listă. Nathan a crescut într-o familie înalt conflictuală. Atât mama, cât și tatăl țipau la copii pentru cea mai mică greșeală,

iar Nathan se temea de orice indiciu al conflictului în relațiile sale cu prietenii și colegii. Terapeutul cognitiv-comportamental a lucrat împreună cu Nathan la identificarea gândurilor sale care îi induceau anxietate și, în urma restructurării cognitive, Nathan a raportat că se simte acum mult mai puțin anxios când se gândește să fie asertiv cu alți oameni, dar nu crede că este „suficient de puternic" pentru a-i spune „nu" șefei când aceasta îi dă o nouă sarcină. Terapeutul cognitiv-comportamental l-a învățat pe Nathan cei patru pași ai comunicării asertive, iar el a putut să-și amintească ușor pașii, pentru a-i exersa împreună cu terapeutul. Cu toate acestea, Nathan a relatat că această exersare era ușoară, pentru că nu se simțea deosebit de anxios. Terapeutul cognitiv-comportamental a sugerat să încerce împreună o serie de jocuri de rol interpersonale pentru a spori încrederea lui Nathan că poate fi asertiv chiar și când se simte anxios.

Terapeut: Nathan, vreau să încep prin a-ți reaminti cei patru pași ai unei cereri asertive. În primul rând, descrii situația în limbaj obiectiv și neutru. Apoi comunici modul în care situația te face să te simți. Apoi soliciți schimbarea. În al patrulea pas, asiguri acordul: „Ai putea să faci asta pentru mine, te rog?" Îți amintești acești pași?

Nathan: Da. Am discutat mult despre acești pași, cred că îi știu.

Terapeut: Grozav. Acum, ce-ar fi să exersăm cu o situație care ți se întâmplă des? Mă gândesc că o situație bună ar fi aceea în care șefa vine la biroul tău și mai adaugă ceva la lista cu sarcini la sfârșitul zilei, apoi se așteaptă să faci ore suplimentare pentru a realiza

toate sarcinile. Știu că te simți copleșit la muncă și am convenit că cea mai bună cale de a-ți gestiona stresul la locul de muncă este să controlezi permanent numărul de sarcini de pe listă. Am fost de acord amândoi că asertivitatea este o strategie care te poate ajuta cu asta.

Nathan: Da. Exact ce mi-a spus Mark, prietenul meu. Vă amintiți că v-am povestit, nu? Mark mi-a spus că a fi un scriitor deștept și capabil este un adevărat blestem, iar oamenii îți vor da cât de mult poți să duci. Așa merge lumea asta.

Terapeut: E adevărat, Nathan. Ești foarte bun în ceea ce faci, iar oamenii cred că poți face totul. În același timp, plătești un preț foarte mare acceptând toate cererile lor. Așadar, hai să jucăm un joc de rol cu o situație în care ești cu șefa ta, Joan. Voi veni la biroul tău și îți voi cere să adaugi o nouă sarcină pe lista ta. Apoi vei exersa cum să spui „nu" Vei parcurge toți cei patru pași, apoi eu voi crește tensiunea gradat. Asta îți va da șansa să exersezi când te simți anxios și stresat. Cum sună asta? De asemenea, dacă șefa continuă, amintește-ți strategia discului spart. Și aceasta va fi utilă. Înainte să începem, cât de încrezător ești, pe o scară de la 1 la 100, că poți fi asertiv când șefa îți cere să mai adaugi o sarcină pe listă?

Nathan: Aș spune 20%.

Terapeut: În regulă, Nathan, pornim.

Terapeut: (*ca șefa Joan*) „Bună, Nathan. Știu că ești ocupat, dar cei de la marketing tocmai ne-au rugat să revizuim noul anunț care va apărea săptămâna aceasta. Nu-ți

ia mult timp, și este important. Aș vrea să ți-l dau, poți să te ocupi de el?"

Nathan: (*către Joan*) „Este a treia sarcină suplimentară pe care mi-o dai astăzi. Deja lucrez cât de repede pot. Cu cât adaugi mai multe sarcini pe lista mea, cu atât mai copleșit mă simt. De asemenea, sunt preocupat de faptul că nu voi fi în stare să termin nimic până plec. Dacă vrei să fac și asta, te rog uită-te peste celelalte sarcini pe care mi le-ai dat azi și scoate una de pe listă. Ai putea face asta pentru mine?"

Terapeut: (*ca Joan*) „Mda, Nathan, știu că ești aglomerat, dar nu o să-ți ia mult. E posibil să trebuiască să stai un pic mai mult azi, dar nu e mare lucru, nu?

Nathan: (*către Joan*) „Nu stau mai târziu azi, Joan. E a treia sarcină suplimentară pe care mi-o dai astăzi. Lucrez cât de repede pot și îmi fac griji că nu voi termina tot astăzi. Dacă vrei să fac și asta, mai taie ceva de pe listă, și o voi face pe asta. Ce spui?"

Terapeut: (*ca Joan*) „Nathan, am crezut că ești un jucător de echipă. Ne lași pe toți baltă. Celorlalți din echipă nu o să le placă faptul că o iei pe calea cea mai ușoară. Nu te mai plânge și pune asta pe listă. Nu durează mult. Iisuse!"

Nathan: Mă simt foarte stresat. Este exact genul de lucru pe care mi l-ar spune.

Terapeut: Nathan, te descurci extraordinar. Rezistă. Folosește-ți reacțiile de adaptare. Reamintește-ți toate motivele pentru care Joan nu o să te dea afară și faptul că, dacă nu-ți îmbunătățești felul în care spui asta acum, vei continua să cazi din ce în ce mai mult, și apoi

chiar că o să-ți dezamăgești echipa și o să-i dai un motiv lui Joan să te dea afară.

Nathan: Da. Asta e util. În regulă.

Nathan: (*către Joan*) „Ți-am spus că nu stau azi peste program, și eu sunt un jucător de echipă. Rareori spun «nu» când îmi dai ceva de făcut, chiar când alții o fac. Dacă vrei să îndeplinesc și această sarcină, te rog mai scoate ceva de pe listă, și atunci o voi face pe asta. Vrei te rog să faci așa?"

Terapeut: (*ca Joan*) „Uite, Nathan, nu glumesc. Îți spun să faci asta și mă aștept să o faci. Te plătim ca să muncești, și asta e munca pe care ți-o dau"

Nathan: Oh, nu cred că ar merge atât de departe. Nu e rea sau ceva.

Terapeut: Știu, Nathan, dar este important să exersezi chiar dacă cineva spune ceva revoltător. În felul acesta, vei ști că poți face față la aproape orice.

Nathan: (*către Joan*) „Da, ai dreptate, Joan. Nu-ți spun că n-o să lucrez, îți spun doar că încerc să lucrez eficient. Fac cu plăcere sarcina asta, dacă îmi scoți alta de pe listă. Tu decizi. Mai taie o sarcină de pe listă, și apoi o fac pe asta. Ce spui?"

Terapeut: Nathan, asta a fost extraordinar. Foarte bine! Cum te simți cum?

Nathan: Ei bine, trebuie să spun că am fost stresat. Vedeam că devii iritat și asta mi-a sporit și mai mult anxietatea, și nu am crezut că o să rezist, dar am reușit.

Terapeut: Acum, cât de multă încredere ai că poți fi asertiv cu Joan, data viitoare când îți cere să mai faci încă un lucru înainte să pleci acasă?

Nathan: Acum sunt la 80%. Chiar cred că pot să fac asta. De asemenea, mi-a plăcut când mi-ați amintit să-mi folosesc afirmațiile de adaptare. Și asta a fost util.

Rezumând, emoțiile ne intensifică relațiile cu ceilalți, iar exprimarea lor deschisă este fundamentul intimității. Clienții cu dificultăți interpersonale de obicei fac față reacțiilor lor emoționale în moduri dezadaptative, deseori prin evitare și supracompensare. TCC include multe strategii de trezire a emoției în serviciul corectării tiparelor interpersonale dezadaptative. Dialogurile imaginare și jocurile de rol sunt două strategii similare. Obiectivul fiecărei strategii este trezirea emoției în serviciul dezvoltării unor noi deprinderi care să poată apoi inhiba vechile deprinderi. Noua deprindere trebuie să aibă loc în prezența reacțiilor emoționale în care a apărut vechea deprindere, iar dialogurile imaginare și jocurile de rol le permit terapeuților cognitiv-comportamentali să faciliteze acest proces.

Emoția și relația terapeutică

Există printre clinicieni o tendință de a considera relația în TCC drept un factor independent de mecanismul activ și critic al schimbării (Castonguay, Constantino, McAleavey și Goldfried, 2010). O serie de cercetători au pus la îndoială această perspectivă și au afirmat că relația terapeutică este atât o variabilă mediatoare a schimbării, cât și un mecanism important de schimbare (Safran și Muran, 2000; Safran și Segal, 1996).

Psihoterapia, inclusiv psihoterapia cognitiv-comportamentală, solicită foarte mult clienții. Ei trebuie să fie dispuși

să dezvăluie ceea ce este profund personal și de aceea devin vulnerabili în fața terapeutului. De asemenea, să fie dispuși să experimenteze emoțiile temute și să fie deschiși la feedbackul terapeutului. De asemenea, ei trebuie să fie dispuși să tolereze discuții despre relația terapeutică însăși. În același timp, clienții se angajează frecvent într-o terapie din cauza dificultăților pe care le au în relaționarea cu ceilalți. Ei pot evita procesarea sau chiar acceptarea experiențelor emoționale printr-o serie de strategii cognitive și interpersonale. Aceste strategii sunt punctul central al TCC, indiferent dacă au loc în cabinet sau în afara lui.

Terapeuții cognitiv-comportamentali consideră relația terapeutică drept unul dintre numeroasele evenimente care pot declanșa gândurile și convingerile pe care le au clienții și care contribuie la problemele din viața lor. De aceea relația terapeutică prezintă ample oportunități de a lucra direct asupra acestor cogniții și comportamente. Un client care crede că este incompetent poate evita să încerce o anumită abilitate TCC, pentru că se teme că o va implementa incorect. Un client care crede că alții se grăbesc să-l judece și să-l critice poate să nu-i comunice terapeutului ce îl supără cu adevărat. De aceea un terapeut cognitiv-comportamental nu poate separa intervențiile — indiferent dacă este vorba de întocmirea planului pentru ședința de terapie folosind înregistrarea gândurilor pentru a identifica și modifica cognițiile problematice sau de realizarea sarcinilor din afara ședinței (de exemplu, temele pentru acasă) — de relația interpersonală în care are loc intervenția.

TCC se străduiește să găsească un echilibru între construirea relației și construirea de abilități. Clienții pot profita de aceste noi competențe pentru a-și gestiona reacțiile emoționale și problemele care apar în viețile lor. Cu toate acestea, disponibilitatea

clienților de a învăța și implementa aceste abilități rezidă în capacitatea terapeuților cognitiv-comportamentali de a rămâne acordați afectiv la schimbările subtile emoționale și comportamentale care apar într-o ședință și în cursul unei terapii. Un astfel de acordaj necesită terapeuți cognitiv-comportamentali care sunt conștienți de aceste procese interpersonale și intrapersonale și experimentați în abordarea acestor discuții delicate cu clienții care este posibil să nu conștientizeze sau să conștientizeze, dar să se teamă de aceste discuții (Safran și Muran, 2000; Safran și Segal, 1996).

Chiar și atunci când clienții respectă intervențiile cognitiv-comportamentale standard, este important ca terapeuții cognitiv-comportamentali să se ocupe de subtilele tipare interpersonale care se formează sau de subtilele momente în care alianța terapeutică este mai degrabă lovită decât distrusă. În cazurile în care clientul nu reușește să se angajeze în tratament și să realizeze sarcinile TCC, terapeutul este posibil să renunțe la intervențiile TCC standard, să-și exploreze propriile contribuții la tipare și să cerceteze împreună cu clientul sentimentele acestuia, care iau naștere în contextul relației terapeutice.

Multe trăsături ale TCC contribuie la o alianță terapeutică solidă, cum ar fi colaborarea dintre client și terapeut; solicitarea de feedback din partea clientului, în ceea ce privește o intervenție, ședința sau terapeutul, precum și utilizarea judicioasă a autodezvăluirii atât pentru modelarea reacțiilor interpersonale adaptative, cât și pentru încurajarea încrederii și deschiderii clientului. În același timp, terapeutul cognitiv-comportamental nu abandonează TCC atunci când întâlnește un comportament relevant clinic în cadrul relației. Terapeutul poate întreba în continuare: „Ce îți trece acum prin minte?“

De asemenea, terapeutul cognitiv-comportamental nu abandonează conceptualizarea cognitiv-comportamentală pe care și-a fundamentat tratamentul. Conceptualizarea cognitiv-comportamentală este esențială pentru identificarea a ceea ce poate constitui o emoție sau un comportament relevant clinic în relația terapeutică. Acești markeri emoționali și comportamentali reflectă activarea convingerii de bază, așa cum a fost descrisă anterior, iar identificarea și lucrul efectiv cu acești markeri emoționali poate spori aderența și reacția la tratament (Safran, Muran și Eubanks-Carter, 2011).

Este important ca terapeutul cognitiv-comportamental să știe cum să vorbească cu clientul despre aceste observații, făcute cu abilitate și cu recunoașterea provizoratului lor, precum și a faptului că experiența și observațiile terapeutului pot fi exacte sau inexacte. De exemplu, dacă un client care crede că este incompetent pare să fie anxios când terapeutul discută cu el o posibilă sarcină în afara cabinetului (de exemplu, teme pentru acasă), terapeutul ar putea nota mai întâi observația și apoi i-ar putea sugera clientului o explicație de probă (pe baza conceptualizării cazului cognitiv-comportamental):

> În timp ce discutam această temă pentru acasă, am observat că ți-ai dres glasul și ai început să-ți freci mâinile. Mi se pare că te simți anxios din cauza temei. Poate este ceva referitor la ea care te face puțin nervos. Poate că ești un pic îngrijorat că este posibil să nu faci corect tema? Poate că sunt un pic deplasat, dar, dacă este așa, sper că o să-mi spui: mă întreb dacă ce am observat nu are legătură cu ceea ce simți acum.

În următoarea vignetă clinică, psihoterapeutul TCC lucrează cu „Scott", un student de 20 de ani, care a venit în terapie pentru

anxietatea sa excesivă, în special referitoare la gândul că femeile îl vor respinge. Scott a crescut cu o mamă foarte critică și un tată bețiv. Mama sa îl critica excesiv și depindea foarte mult de el pentru sprijinul emoțional pe care nu îl primea de la soțul ei. Pe parcursul timpului, Scott a avut mai multe relații cu femeile, chiar cu femei pe care le plăcea, dar niciuna nu a durat mai mult de trei–patru luni. Scott a relatat că relațiile „se epuizau" treptat, dar el nu-și putea aminti ce se întâmplase.

Terapeuta cognitiv-comportamentală a fost derutată când Scott i-a spus că se gândea să întrerupă terapia. Tocmai îl lăudase pentru progresul lui în terapie și îi împărtășise convingerea ei că este „un tip grozav, cu un mare potențial". L-a încurajat să continue colaborarea:

Terapeuta: Scott, sunt deschisă în fața posibilității de a lua o pauză, desigur. Ai făcut mari progrese pe parcursul ultimelor două luni. În același timp, mă întreb puțin de ce a apărut această cerință acum. Poate am spus sau am făcut ceva care te-a supărat. Sper că te simți destul de confortabil ca să îmi spui dacă a fost așa.

Scott: (*pare anxios*): Oh, nu. Nu ați făcut nimic. Sunteți nemaipomenită. Nu este vorba despre dumneavoastră. Îmi plăceți mult, nu despre asta este vorba. Dar mă gândesc că este timpul să încheiem întâlnirile. Este în regulă?

Terapeuta: Bineînțeles că este în regulă, Scott. În același timp, cum am spus, sunt curioasă de ce îți dorești acum această pauză, în special după ce ți-am lăudat progresul în terapie și am spus că părerea mea este că

eşti un bărbat drăguţ şi cu bun-simţ. Sper că înţelegi că sunt un pic derutată că vrei să încheiem terapia astăzi. Te simţi puţin mai nervos azi decât de obicei? Şi, dacă eşti, poţi să-ţi aminteşti când ai început să te simţi un pic mai emoţionat în şedinţa noastră de astăzi?

Scott: Da, cred că sunt mai emoţionat. Cred că atunci când mi-aţi făcut complimente. Nu mă aşteptam la asta.

Terapeuta: Şi, deci, asta te-a făcut să te simţi inconfortabil? La ce te-ai gândit în timpul scurs între compliment şi senzaţia de emoţie? Dacă te simţi confortabil împărtăşind asta cu mine, cred că ar fi foarte important pentru tine şi colaborarea noastră. Ce ţi-a trecut prin minte, Scott?

Scott: (*cu o voce tremurată*) Ei bine, cred... adică... m-am gândit că vă pregăteaţi să mă concediaţi. Cred că am presupus că nu vreţi să vă mai întâlniţi cu mine.

Terapeuta: Aşadar, sună ca şi când ţi-e teamă că eu o să pun capăt terapiei? Dacă aş face asta, mă întreb dacă tu ai lua-o ca pe o respingere?

Scott: Da. Da, probabil aşa aş face.

Disponibilitatea terapeutei de a întreba despre interacţiune şi impactul acesteia asupra ei (respectiv, deruta ei dacă făcuse sau spusese ceva care să-l determine pe Scott să o antipatizeze) şi de a specula (pe baza unei conceptualizări cognitiv-comportamentale pentru Scott) referitor la posibilele motive (respectiv, teama lui Scott că ea l-ar putea respinge) au dus la o explorare extinsă a reacţiei emoţionale a lui Scott referitor la primirea complimentelor şi laudelor:

Scott: Este cu adevărat greu pentru mine, cred, să rezist atunci când îmi dau seama că cineva mă place. Asta mi-a zis și Julia, una dintre femeile cu care m-am întâlnit o vreme. Mi-a spus că, imediat ce am realizat că mă place, am început să mă retrag. Devin din ce în ce mai conștient de modul în care convingerea de bază despre care am vorbit — că nu pot fi plăcut — mă lovește la acest nivel profund. Nici măcar nu realizez că mă retrag. Pare că se întâmplă automat.

Terapeuta: Da.

Scott: Cred... cred că sunt atât de speriat că femeile mă vor respinge, încât mă retrag înainte să se retragă ele. Este ca și cum cea mai bună apărare este atacul.

În ședințele care au urmat, Scott și terapeuta au explorat în continuare teama lui de respingere și modurile în care el a gestionat această frică, prin construirea de bariere în fața intimității cu femeile și părăsirea relațiilor în momentul în care credea că respingerea era iminentă.

Scott: Cred că sunt îngrozit de respingere. Mă retrag imediat ce realizez că îmi place mult de cineva.

Terapeuta: Da. Văd lucrurile mult mai clar acum, Scott. Și, pe măsură ce tu te retragi, femeia simte acest lucru și apoi crede că nu o placi. Pleacă ea sau pleci tu. Deci, îți dorești o relație intimă cu o femeie, dar nu ești complet în relație pentru că te temi foarte mult că te va respinge. Mă întreb unde te duce asta, Scott? Și ce impact are asupra relației noastre?

Scott: Nu sunt sigur. M-ați ajutat foarte mult și știu că, dacă vă părăsesc acum, este posibil să nu obțin lucrul pe care îl doresc foarte mult, și anume o relație intimă și de lungă durată cu o femeie. Dar este foarte înfricoșător să continui să mă întâlnesc cu dumneavoastră, dacă nu sunt sigur că nu o să mă concediați într-o bună zi.

Terapeuta: Da, Scott, este înspăimântător. Sună ca și când nu ai prea multă încredere că relațiile vor funcționa și că oamenii vor rămâne lângă tine.

Scott: (*își pleacă capul, cu ochii plini de lacrimi*) Îmi este foarte greu să am încredere în femei în felul acesta. În același timp, știu că trebuie să am suficientă încredere în femei, dacă vreau să am genul de relație pe care îl doresc.

Terapeuta: Da, Scott. Gândindu-mă la relația noastră și la această terapie, mă întreb dacă poți să ai destulă încredere în mine astfel încât să lucrăm împreună, pentru a afla care este tipul de relație pe care ți-l dorești cu o femeie. Înțeleg acum, datorită disponibilității tale de a-mi împărtăși acest lucru, cât de înspăimântător este pentru tine. Și este cu atât mai real, cu cât, la un moment dat, această terapie și această relație se vor termina.

Scott: Da, știu. Sunt foarte speriat acum. Transpir din cauza asta. Ideea că se va termina mă sperie, dar mă sperie și ideea că ar putea continua.

Terapeuta: Da, Scott, este un teritoriu nedescoperit pentru tine, dar cred că, dacă vei putea învăța să tolerezi nesiguranța și riscul că o relație se poate termina

> chiar și când tu nu ești pregătit pentru asta, vei putea avea genul de relație pe care ți-o dorești cu o femeie într-o bună zi. Sunt foarte încrezătoare acum, în ceea ce te privește, Scott.

Pentru a rezuma, o alianță terapeutică puternică este baza pe care se sprijină munca psihoterapeutică. Multe trăsături ale TCC contribuie la o alianță terapeutică solidă, cum ar fi empirismul în colaborarea celor doi și solicitarea feedbackului de la client în ceea ce privește o intervenție, ședința sau terapeutul. În același timp, relația terapeutică este o relație și cei mai mulți clienți reacționează la terapeutul cognitiv-comportamental foarte asemănător cu felul în care reacționează la alți oameni din viața lor. Clienții pot conștientiza foarte puțin aceste tipare emoționale și comportamentale automate și bine stabilite ale relaționării lor cu alții. Psihoterapeuții TCC eficienți abordează tiparele interpersonale subtile care semnalizează o perturbare sau o ruptură a alianței terapeutice. Atunci când clientul nu reușește să se angajeze în terapie și să realizeze sarcinile TCC, terapeutul cognitiv-comportamental lasă deoparte intervențiile TCC standard și explorează împreună cu clientul emoțiile și gândurile acestuia, apărute în contextul relației terapeutice.

Concluzie

Acest capitol a descris psihoterapia cognitiv-comportamentală și modelul terapeutic pe care se bazează. TCC evidențiază rolul cognițiilor în reacțiile emoționale și presupune că acei clienți care învață să-și modifice cognițiile ce le influențează

reacțiile emoționale își pot apoi modifica tiparele emoționale și comportamentale dezadaptative din cauza cărora probabil au venit în terapie. Trezirea emoției oferă clienților oportunitatea de a exersa abilitățile pe care le învață atunci când simt ceea ce simt, fie că acele abilități se afirmă în fața unui șef — atunci când clientul se simte anxios —, fie în rezolvarea conflictelor cu un membru al familiei, când se simte furios.

Cu toate acestea, obiectivul TCC nu este doar de a-i învăța pe clienți abilități pentru a-și regla reacțiile emoționale și comportamentale. Terapeuții cognitiv-comportamentali utilizează tehnici pentru trezirea sau sporirea emoției în scopul facilitării învățării de noi deprinderi și schimbării. Ei au împrumutat multe dintre aceste tehnici experiențiale de la alte abordări terapeutice, inclusiv psihodrama, terapia Gestalt și terapia psihodinamică. De la începuturile TCC, în anii '70, terapeuții cognitiv-comportamentali au utilizat imageria, jocurile de rol interpersonale, EC și dialogurile dintre două scaune pentru a aduce emoțiile clienților în ședința de terapie.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală continuă să evolueze. În fiecare an, cercetătorii clinicieni aplică modelul și abordarea la noi probleme care deseori utilizează noi strategii. Cu toate acestea, indiferent de schimbările din abordare, emoția va fi întotdeauna un partener esențial în procesul de schimbare psihologică profundă și durabilă.

Bibliografie

Allen, L.B., McHugh, R.K. și Barlow, D.H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. În D.H. Barlow (ed.), *Clinical*

handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (pp. 216–249). New York, NY: Guilford Press.

Arch, J.J., Wolitzky-Taylor, K.B., Eifert, G.H. și Craske, M.G. (2012). Longitudinal treatment mediation of traditional cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 50*, 469–478. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2012.04.007

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 191–215. http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37*, 122–147. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.37.2.122

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. În V.S. Ramachandran (coord.), *Encyclopedia of human behavior* (pp. 71–81). New York, NY: Academic Press.

Bandura, A. și Adams, N. (1977). Analysis of self-efficacy theory of behavior change. *Cognitive Therapy and Research, 1*, 287–310. http://dx.doi.org/10.1007/BF01663995

Barlow, D.H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry, 2*, 58–71. http://dx.doi.org/10.1207/s15327965pli0201_15

Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (ed. a 2-a). New York, NY: Guilford Press.

Barlow, D.H. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders* (ed. a 5-a). New York, NY: Guilford Press.

Beck, A.T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry, 10*, 561–571. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720240015003

Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F. și Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York, NY: Guilford Press.

Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Meuller, M., Westbrook, D. și Rouf, K. (ed.). (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. New York, NY: Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780198529163.001.0001

Bindra, D. (1974). A motivational view of learning, performance, and behavior modification. *Psychological Review, 81*, 199–213. http://dx.doi.org/10.1037/h0036330

Blagys, M.D., și Hilsenroth, M.J. (2002). Distinctive activities of cognitive–behavioral therapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology Review, 22*, 671–706. http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00117-9

Bluett, E.J., Zoellner, L.A. și Feeny, N.C. (2014). Does change in distress matter? Mechanisms of change in prolonged exposure for PTSD. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45*, 97–104. http://dx.doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.09.003

Bolles, R.C. (1972). Reinforcement, expectancy, and learning. *Psychological Review, 79*, 394–409. http://dx.doi.org/10.1037/h0033120

Borkovec, T.D., și Sides, J.K. (1979). The contribution of relaxation and expectancy to fear reduction via graded, imaginal exposure to feared stimuli. *Behaviour Research and Therapy, 17*, 529–540. http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(79)90096-2

Bouton, M.E. (2002). Context, ambiguity, and unlearning: Sources of relapse after behavioral extinction. *Biological Psychiatry, 52*, 976–986. http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01546-9

Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist, 36*, 129–148. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.36.2.129

Brewin, C.R. (1996). Theoretical foundations of cognitive-behavior therapy for anxiety and depression. *Annual Review of Psychology, 47*, 33–57. http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.47.1.33

Brewin, C.R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 373–393. http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(00)00087-5

Burns, D.D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy*. New York, NY: Morrow.

Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M. și Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17–31. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003

Carver, C.S. și Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York, NY: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139174794

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., McAleavey, A.A. și Goldfried, M.R. (2010). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy. În J.C. Muran și J.P. Barber (ed.), *The therapeutic alliance in cognitive-behavioral therapy: An evidence-based guide to practice* (pp. 150–171). New York, NY: Guilford Press.

Castonguay, L.G., Goldfried, M.R., Wiser, S., Raue, P.J. și Hayes, A.M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 497–504. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.497

Clark, D.M. (1989). A cognitive approach to panic. În K. Hawton, P.M. Salkovskis, J. Kirk, și D.M. Clark (ed.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems* (pp. 52–96). Oxford, England: Oxford Medical.

Cooper, M.J., Todd, G. și Turner, H. (2007). The effects of using imagery to modify core emotional beliefs in bulimia nervosa: An experimental pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*, 117–122. http://dx.doi.org/10.1891/088983907780851577

Cox, W.M. și Klinger, E. (1988). A motivational model of alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 168–180. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.97.2.168

Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. și Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy, 46*, 5–27. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003

Di Giulio, G. (2010). *Therapist, client factors, and efficacy in cognitive behavioural therapy: A meta-analytic exploration of factors that contribute to positive outcome*. Ottawa, Canada: University of Ottawa.

Dobson, K.S. (coord.). (2001). *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (ed. a 2-a). New York, NY: Guilford Press.

Dozois, D.J.A. și Dobson, K.S. (2001). Historical and philosophical bases of the cognitive-behavioral therapies. În K.S. Dobson (coord.), *Handbook of cognitive behavioral therapies* (ed. a 2-a, pp. 3–39). New York, NY: Guilford Press.

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B. și Otto, M.W. (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders.

American Journal of Psychiatry, 165, 179–187. http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06111851

Ehlers, A. și Clark, D.M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38*, 319–345. http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, UK: Lyle Stuart.

Engelkamp, J. (1998). *Memory for actions*. Hove, UK: Psychology Press.

Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American Psychologist, 49*, 709–724. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.49.8.709

Epstein, S. și Pacini, R. (1999). Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive–experiential self-theory. În S. Chaiken și Y. Trope (coord.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 462–482). New York, NY: Guilford Press.

Erickson, T.M. și Newman, M.G. (2007). Interpersonal and emotional processes in generalized anxiety disorder analogues during social interaction tasks. *Behavior Therapy, 38*, 364–377. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2006.10.005

Fedoroff, I.C. și Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 21*, 311–324. http://dx.doi.org/10.1097/00004714-200106000-00011

Foa, E.B., Huppert, J.D. și Cahill, S.P. (2006). Emotional processing theory: An update. În B. O. Rothbaum (ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3–24). New York, NY: Guilford Press.

Foa, E.B. și Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99,* 20–35. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20

Foa, E.B. și Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy of PTSD*. New York, NY: Guilford Press.

García-Vera, M.P. și Sanz, J. (2006). Analysis of the situation of treatments for smoking cessation based on cognitive-behavioral therapy and nicotine patches. *Psicooncología, 3,* 269–289.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. și Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63,* 649–658. http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649

Goldfried, M.R. (2013). Evidence-based treatment and cognitive-affective-relational-behavior-therapy. *Psychotherapy, 50,* 376–380. http://dx.doi.org/10.1037/a0032158

Gould, R.A., Mueser, K.T., Bolton, E., Mays, V. și Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research, 48,* 335–342. http://dx.doi.org/10.1016/S0920-9964(00)00145-6

Gray, J.A. și McNaughton, N. (2000). *The neuropsychology of anxiety* (ed. a 2-a). Oxford, UK: Oxford University Press.

Greenberg, L.S. și Safran, J.D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research, 8,* 559–578. http://dx.doi.org/10.1007/BF01173254

Greenberg, L.S. și Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY: Guilford Press.

Greenberger, D. și Padesky, C.A. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York, NY: Guilford Press.

Hackmann, A., Bennett-Levy, J. și Holmes, E.A. (ed.). (2011). *Oxford guide to imagery in cognitive therapy*. New York, NY: Oxford University Press. http://dx.doi.org/10.1093/med:psych/9780199234028.001.0001

Hackmann, A., Clark, D.M. și McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, *38*, 601–610. http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00161-8

Hayes, S.C., Wilson, K.G., Gifford, E.V., Follette, V.M. și Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 1152–1168. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152

Heuer, F. și Reisberg, D. (1992). Emotion, arousal, and memory for detail. În S.A. Christianson (coord.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory* (pp. 151–180). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Hofmann, S.G. (2011). *An introduction to modern CBT: Psychological solutions to mental health problems*. Oxford, UK: Wiley-Blackwell.

Hofmann, S.G., Asmundson, G.J.G. și Beck, A.T. (2013). The science of cognitive therapy. *Behavior Therapy*, *44*, 199–212. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2009.01.007

Hofmann, S.G., Asnaani, A., Vonk, I.J.J., Sawyer, A.T. și Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research, 36,* 427–440. http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1 (Erată publicată în 2014, *Cognitive Therapy and Research, 38, 18,* p. 368. http://dx.doi.org/10.1007/s10608-013-9595-3)

Hofmann, S.G. și Smits, J.A.J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry, 69,* 621–632. http://dx.doi.org/10.4088/JCP.v69n0415

Hull, C.L. (1943). *Principles of behavior: An introduction to behavior therapy*. New York, NY: Appleton-Century.

Irwin, M.R., Cole, J.C. și Nicassio, P.M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology, 25,* 3–14. http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.25.1.3

Jaycox, L.H., Foa, E.B. și Morral, A.R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 185–192. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.66.1.185

Jones, E.E. și Pulos, S.M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 306–316. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.61.2.306

Jorm, A.F., Morgan, A.J. și Hetrick, S.E. (2008). Relaxation for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4,* CD007142.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science*

and Practice, 10, 144–156. http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.bpg016

Kahneman, D. (2011). *Thinking fast and slow*. New York, NY: Farrar, Straus și Giroux.

Kemmis, S. și McTaggart, R. (2000). Participatory action research. În N.K. Denzin și Y.S. Lincoln (ed.), *Handbook of quantitative research* (ed. a 2-a, pp. 567–605). Thousand Oaks, CA: Sage.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Lang, P.J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy, 8*, 862–886. http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80157-3

Lang, P.J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery [Adresă prezidențială, 1978]. *Psychophysiology, 16*, 495–512. http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-8986.1979.tb01511.x

Lazarus, A. (1976). *Multimodal behavior therapy*. New York, NY: Springer.

Leung, K.S. și Cottler, L.B. (2009). Treatment of pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry, 22*, 69–74. http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0b013e32831575d9

Leventhal, H. (1979). A perceptual-motor processing model of emotion. În P. Pilner, K.R. Blankstein și I.M. Spiegel (ed.), *Perception of emotion in self and others* (pp. 1–46). New York, NY: Plenum Press. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4684-3548-1_1

Lewin, K. (1946). Action research and minority problems. *Journal of Social Issues, 2*, 34–46. http://dx.doi.org/10.1111/j.1540-4560.1946.tb02295.x

Long, M.E., Davis, J.L., Springer, J.R., Elhai, J.D., Rhudy, J.L., Teng, E.J. și Frueh, B.C. (2011). The role of cognitions in imagery rescripting for posttraumatic nightmares. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 1008–1016. http://dx.doi.org/10.1002/jclp.20804

Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York, NY: Plenum Press. http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4757-9739-8

Mowrer, O. (1960). *Learning theory and behavior*. New York, NY: Wiley. http://dx.doi.org/10.1037/10802-000

Nadel, L., Hupbach, A., Gomez, R. și Newman-Smith, K. (2012). Memory formation, consolidation and transformation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 36*, 1640–1645. http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2012.03.001

Newman, M.G., Castonguay, L.G., Borkovec, T.D. și Molnar, C. (2004). Integrative psychotherapy. În R.G. Heimberg, C.L. Turk și D.S. Mennin (ed.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (pp. 320–350). New York, NY: Guilford Press.

Okajima, I., Komada, Y. și Inoue, Y. (2011). A meta-analysis on the treatment effectiveness of cognitive behavioral therapy for primary insomnia. *Sleep and Biological Rhythms, 9*, 24–34. http://dx.doi.org/10.1111/j.1479-8425.2010.00481.x

Pfaffmann, C. (1960). The pleasures of sensation. *Psychological Review, 67*, 253–268. http://dx.doi.org/10.1037/h0045838

Pos, A.E., Greenberg, L.S. și Warwar, S.H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, 1055–1066. http://dx.doi.org/10.1037/a0017059

Power, M.J. și Dalgleish, T. (1997). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Hove, UK: Psychology Press.

Power, M.J. și Dalgleish, T. (1999). Two routes to emotion: Some implications of multi-level theories of emotion for therapeutic practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 27*, 129–141.

Przeworski, A., Newman, M.G., Pincus, A.L., Kasoff, M.B., Yamasaki, A.S., Castonguay, L.G. și Berlin, K.S. (2011). Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 286–298. http://dx.doi.org/10.1037/a0023334

Rachman, S. și Hodgson, R. (1974). I. Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behaviour Research and Therapy, 12*, 311–318. http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(74)90005-9

Rector, N.A. și Beck, A.T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease, 189*, 278–287. http://dx.doi.org/10.1097/00005053-200105000-00002

Safran, J.D. și Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York, NY: Guilford Press.

Safran, J.D., Muran, J.C. și Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80–87. http://dx.doi.org/10.1037/a0022140

Safran, J.D. și Segal, Z.V. (1996). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York, NY: Basic Books.

Salzberg, S. (2011). *Real happiness: The power of meditation*. New York, NY: Workman.

Schon, D.A. (1983). *The reflective practitioner*. New York, NY: Basic Books.

Smucker, M.R., Dancu, C.V., Foa, E.B. și Niederee, J. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 9*, 3–17.

Smucker, M.R. și Niederee, J. (1994). Imagery rescripting: A multifaceted treatment for childhood sexual abuse survivors experiencing posttraumatic stress. În L. VandeCreek, S. Knapp, și T.L. Jackson (coord.), *Innovations in clinical practice: A source book* (Vol. 13, pp. 96–98). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Smucker, M.R. și Niederee, J. (1995). Treating incest-related PTSD and pathogenic schemas through imaginal exposure and rescripting. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 63–92. http://dx.doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80005-7

Spence, K.W. (1956). *Behavior theory and conditioning*. New Haven, CT: Yale University Press. http://dx.doi.org/10.1037/10029-000

Stopa, L. (2009). How to use imagery in cognitive-behavioural therapy. În L. Stopa (coord.), *Imagery and the threatened self* (pp. 65–93). New York, NY: Routledge. http://dx.doi.org/10.4324/9780203878644

Teasdale, J.D. (1997). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. În D.M. Clark și C.G. Fairburn (coord.), *The science and practice of cognitive behavioural therapy* (pp. 67–93). Oxford, England: Oxford University Press.

Teasdale, J.D. și Barnard, P.J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modeling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum.

Toates, F. (1986). *Motivational systems*. New York, NY: Cambridge University Press.

Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710–720. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2010.05.003

Trew, J.L. (2011). Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model. *Clinical Psychology Review, 31*, 1156–1168. http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.007

Tronson, N.C. și Taylor, J.R. (2007). Molecular mechanisms of memory reconsolidation. *Nature Reviews Neuroscience, 8*, 262–275. http://dx.doi.org/10.1038/nrn2090

Watson, J.C. și Bedard, D.L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 152–159. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.152

Wells, A. (1997). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, UK: Wiley.

Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition*. Chichester, England: Wiley.

Wells, A. și Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Whisman, M.A. (2007). Marital distress and DSM–IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638–643. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638

Whisman, M.A., Sheldon, C.T. și Goering, P. (2000). Psychiatric disorders and dissatisfaction with social relationships: Does

type of relationship matter? *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 803–808. http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.109.4.803

Wild, J. și Clark, D.M. (2011). Imagery rescripting of early traumatic memories in social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 433–443. http://dx.doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.03.002

Wild, J., Hackmann, A. și Clark, D.M. (2008). Rescripting early memories linked to negative images in social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy, 39*, 47–56. http://dx.doi.org/10.1016/j.beth.2007.04.003

Wirtz, C.M., Hofmann, S.G., Riper, H. și Berking, M. (2014). Emotion regulation predicts anxiety over a five-year interval: A cross-lagged panel analysis. *Depression and Anxiety, 31*, 87–95. http://dx.doi.org/10.1002/da.22198

Young, J.E., Klosko, J.S. și Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist, 35*, 151–175. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.2.151

Psihoterapia centrată pe emoție

Leslie S. Greenberg

Terapia centrată pe emoție (TCE) pornește de la afirmația că emoțiile influențează cogniția și comportamentul și că individul poate lucra direct cu emoția pentru a o schimba, ceea ce va schimba în consecință gândurile și acțiunile. TCE (Greenberg, 2017) încurajează focalizarea asupra experienței emoționale trăite în terapie și explorarea acesteia și, în special, acceptarea dorințelor temute, renegate. TCE încurajează clienții să-și înțeleagă emoțiile acordându-le atenție, simbolizându-le în conștiință, exprimându-le corespunzător, acceptându-le, reglându-le și diferențiindu-le (Auszra, Greenberg și Herrmann, 2013). Terapia este menită a ajuta clienții să proceseze emoția în primul rând prin depășirea emoțiilor secundare, simptomatice, pentru a ajunge la emoții mai instructive, fundamental vulnerabile, și a dezvolta noi narațiuni bazate pe emoții (Angus și Greenberg, 2011; Greenberg, 2015, 2017; Herrmann, Greenberg și Auszra, 2016). Spinoza (1677/1930) susținea că o emoție pasivă încetează a mai fi pasivă imediat ce individul își formează o idee clară și distinctă despre ea. Acesta este motivul pentru care TCE

alătură cogniția emoției, pentru a ajuta oamenii să dezvolte un sentiment de control în relația cu emoțiile lor.

TCE este o terapie neoumanistă. Inițial, abordarea terapiei individuale s-a numit *terapie experiențială de proces* (*process experiential therapy*) (Greenberg, Rice și Elliott, 1993; Rice și Greenberg, 1984), pentru a evidenția atât natura sa experiențială, cât și centrarea pe proces moment cu moment. Terapia de cuplu inițială s-a numit *terapie de cuplu centrată emoțional* (*emotionally focused couple therapy*) (Greenberg și Johnson, 1988) pentru că sublinia importanța emoției în interacțiune și comunicare. Mai târziu, datorită sporirii înțelegerii importanței emoției în cadrul schimbării și pentru a alinia denumirea la terminologia generală nord-americană, termenul *„centrată emoțional"*, cu o utilizare mai generală în literatura de specialitate referitoare la mecanisme de adaptare, a fost schimbat cu *terapie centrată pe emoție*. Abordarea a luat naștere din combinarea formării de bază a autorului în terapie experiențială centrată pe client și terapie gestalt, cu formarea în terapiile sistemice. Integrarea acestora s-a făcut în cadrul teoriei emoției și conceptelor neuroștiinței afective, și a fost influențată de cercetarea asupra procesului psihoterapiei.

Acest capitol începe cu o explicație a emoției și funcționării umane din perspectiva TCE. Următoarele două secțiuni sunt teoretice; ele oferă o explicație bazată pe emoție a funcționării umane, ca alternativă la o perspectivă motivațională asupra funcționării, bazată pe teoria învățării. Cititorii care sunt mai interesați de practica clinică pot sări peste aceste două secțiuni și pot reveni la ele, dacă simt nevoia. Secțiunile următoare au o natură mai practică; ele se concentrează asupra rolului emoției în schimbare, în relațiile interpersonale și în relația terapeutică.

Un studiu de caz al unei ședințe TCE este prezentat pentru a evidenția aplicarea conceptelor în practică.

Ce este emoția?

Deși nu există încă un acord clar printre cercetătorii din domeniul emoției asupra a ceea ce reprezintă emoția (Ekman, 1993; Ekman și Davidson, 1994; Frijda, 1986, 2016; Scherer, 2015), TCE postulează că *emoțiile* sunt o formă adaptativă a procesării informației și a pregătirii pentru acțiune, care orientează indivizii către mediul în care trăiesc și le promovează supraviețuirea și bunăstarea. Emoțiile sunt conexiuni ale trupului cu nevoile noastre esențiale (Frijda, 1986). Avertizându-ne rapid referitor la situații importante pentru bunăstarea noastră, emoțiile oferă informații despre ceea ce este bine și rău pentru noi și trebuie deosebite de *cogniție,* care evaluează dacă ceva este adevărat sau fals. În esență, emoțiile ne organizează să reacționăm adaptativ și ne spun dacă lucrurile merg în felul dorit de noi.

Emoțiile iau naștere ca evaluări ale unui obiect sau eveniment în legătură cu preocupările unui individ (Frijda, 1986). De aceea ele sunt puternic influențate și configurate de nevoile actuale, scopurile, sensibilitățile, interesele și valorile individului evaluator. Ceea ce activează o emoție nu este doar o evaluare, ci și o evaluare în legătură cu o preocupare. Odată activate, emoțiile oferă tendințe de bază către acțiune, dezvoltate pe parcursul evoluției pentru a susține supraviețuirea (Izard, 1991; LeDoux, 2012). Tendințele afective către acțiune implică o evaluare rapidă, automată, realizată de către creier fără utilizarea

limbajului, a consecințelor imediate ale unei situații asupra preocupărilor unui individ.

Teoria funcționării

O premisă majoră a TCE este aceea că emoția este un fapt fundamental al experienței umane, esențial în construirea sinelui și un determinant-cheie al autoorganizării. Mai curând decât „Gândesc, deci exist", TCE se bazează pe ideea că „Simt, deci exist" și că în orice experiență personală semnificativă gândim doar în măsura în care simțim. În viața de zi cu zi, emoția sporește abilitatea individului de a reacționa adaptativ la situații, pe măsură ce ele apar, și de a folosi informațiile oferite de emoție pentru o viață activă și adaptată. Experiența noastră emoțională trăită este produsul unei sinteze complexe a mai multor procese, inclusiv procese cognitive, de memorie, motivaționale și comportamentale.

TCE consideră emoția ca fiind fundamental adaptativă. Emoția ne oferă modul principal de procesare a informației, astfel încât reacționăm rapid și automat prin procesarea fricii sau a rușinii, procesarea tristeții sau a bucuriei. Cu ajutorul acestui tip de procesare a emoției, oamenii reacționează automat la perceperea tiparelor sunetelor, imaginilor și mirosurilor, precum și la alte semnale ale intențiilor celorlalți oameni, într-un mod care a servit foarte bine omului ca specie, timp de mai multe secole, și ca individ timp de mai mulți ani. Fuga cauzată de frică produce siguranță, dezgustul îndepărtează o intruziune nocivă și, în tristețe, individul rememorează obiectul pierdut. Oamenii reacționează automat, din punct de vedere emoțional,

la tiparele indiciilor din mediul lor care semnalizează noutatea, confortul, pierderea sau umilirea. Emoțiile pot, de asemenea, să direcționeze atenția către informații care par imediat relevante pentru menținerea bunăstării sau atingerea scopurilor.

Totuși, gândurile automate și evaluările reflexive conștiente pot produce și ele emoție. De exemplu, putem să ne imaginăm fiindu-ne teamă, iar aceasta activează o stare emoțională defensivă. Însă emoțiile produse de aceste procese mai conștient lingvistice ale cortexului frontal orbital nu sunt nici pe departe la fel de importante ca emoțiile primare produse de sistemul nostru limbic și de alte procese automate. Procesele automate fac evaluări — dar nu sub forma limbajului sau gândirii — ale relevanței unei situații pentru nevoile sau îngrijorările organice. Aceste evaluări nonlingvistice ale relevanței, congruenței scopului, noutății, pericolului și controlului sunt cele mai impenetrabile pentru rațiune și mai greu de schimbat.

Frijda (2016) a susținut că, în loc de a considera emoțiile drept „bazale", ceea ce este probabil bazal sunt acele moduri ale stărilor pregătitoare care au ca scop realizarea, modificarea, menținerea sau terminarea unei relații sine–obiect date. Universale sunt nu atât emoțiile ca sentimente, ci, mai degrabă, emoțiile ca dispoziții pentru diferite forme de stări pregătitoare care acționează ca stări motivaționale bazate pe emoții. Expresiile faciale și alte expresii, de exemplu, sunt aplicarea tendințelor individuale către acțiune și apar automat în relație cu o preocupare subsidiară. Tendințele către acțiune au un scop, iar scopul esențial este supraviețuirea. Dacă situația actuală se pune în slujba acesteia, starea pregătitoare va activa o acțiune sau o secvență de acțiune din repertoriul individului, care pare capabilă să realizeze scopul de modificare sau de menținere a

relației. Acțiunile propriu-zise apar când activările aflate sub prag se transformă în acțiune complet dezvoltată. Din acest punct de vedere, sentimentele sunt reflexii în conștiință, care însoțesc înclinațiile spre acțiune.

În TCE, sunt importante două niveluri fundamentale ale generării emoției. Primul, *nivelul experiențial al procesării*, implică procesele automate care produc reacțiile emoționale primare în urma evaluărilor perceptuale automate. Al doilea, *nivelul conceptual al procesării*, este un nivel narativ conștient al procesării care conferă sens experienței automate (Gazzaniga, 1988).

Pe măsură ce indivizii acumulează mai multă experiență trăită și dezvoltă mai multe capacități cognitiv-lingvistice, reacțiile lor emoționale automate timpurii se dezvoltă într-o procesare mai complexă și formează scheme emoționale în care informațiile senzoriale, de memorie și ideatice se combină pentru a forma o structură bazată pe o rețea internă. Activarea acestor scheme generează experiență emoțională simțită la nivelul corpului. Sensul conștient, pe de altă parte, este creat prin integrarea experienței limbajului și a trăirii corporale a rațiunii și emoției, prin intermediul unui proces circular actual al înțelegerii experienței. Indivizii simbolizează senzațiile simțite în corp în conștiință și le articulează în limbaj, construind prin aceasta o nouă experiență și narațiuni în esență noi (Greenberg și Angus, 2004; Greenberg și Pascual-Leone, 1995; Greenberg et al., 1993). În această *perspectivă constructivist-dialectică* (Greenberg, 2017; Greenberg și Pascual-Leone, 2001; Greenberg și Watson, 2006), o serie de senzații din lume (respectiv, indicii) sunt îmbinate cu o serie de reacții corporale interne (respectiv, interoceptive) care constau în principal în tendințe către acțiune și senzații etichetate, de exemplu, drept furie, tristețe sau frică, pentru a oferi

o conceptualizare localizată a ceea ce experimentează individul (respectiv, simbolizare). În TCE, dialectica are loc între programele motorii afective, cu bază evoluționistă, care generează experiență trăită la nivel corporal, și procesele de învățare culturală și socială, care influențează modul în care noi etichetăm sentimentul. De aceea emoția este un complex proces de construire, care sintetizează biologia, cultura, emoția și limbajul. Comportamentul este considerat a fi deseori generat de creierele noastre, din motive despre care noi nu suntem informați în mod conștient; apoi noi ne interpretăm comportamentele astfel încât să creăm o narațiune coerentă despre experiența noastră actuală, care poate fi înțeleasă ținând cont de trecutul și viitorul nostru. Narațiunea noastră ne explică pe noi înșine nouă înșine și oferă autoînțelegere (Gazzaniga, 1988), dar este mai mult sau mai puțin reprezentativă pentru experiența trăită atât interior, cât și exterior. TCE lucrează cu aceste două sisteme fundamentale — generarea automată a emoției de către sistemul experiențial și înțelegerea narativ-reflexivă a experienței de către sistemul conceptual —, precum și cu interacțiunea lor.

Deși TCE se concentrează asupra conștientizării și acceptării emoției, o caracteristică distinctivă a omului este abilitatea de a-și autoevalua dorințele, sentimentele și nevoile (Taylor, 1985). În cursul determinării propriului sine, individul are abilitatea de a dori sau de a nu dori sentimentele și dorințele de prim ordin. În acest ordin secund, superior, evaluarea, individul compară valoarea dorinței cu un ideal sau standard către care aspiră. A fi un „sine" implică a fi un reflexiv care se autoevaluează, care se dezvoltă și acționează conform dorințelor de ordin superior — în esență, dezvoltând sentimente și dorințe despre sentimente și dorințe. Pentru sistemul emoției, evaluarea este pur și simplu:

„Este asta bună sau rea pentru mine?", în timp ce în evaluarea autoreflexivă, mai puternică, există și o judecată a valorii emoției și a dorinței care o însoțește. Oamenii evaluează dacă emoțiile și dorințele lor sunt bune sau rele, curajoase sau lașe, utile sau destructive, prin aceasta formând judecăți subiective asupra valorii propriilor lor stări dorite și cursuri ale acțiunii (Taylor, 1985). Reflecția atentă — unde gândurile conștiente joacă un rol esențial — asupra indiciilor afective este o parte esențială a TCE. Rațiunea este folosită pentru a judeca dacă indiciile afective corespund cu ceea ce oamenii apreciază ca fiind valoros pentru ei și pentru alții. Astfel, a fi conștient de sentimente nu înseamnă pur și simplu a face ceea ce te face să te simți bine!

Schemele emoționale

Schemele emoționale sunt structuri sau rețele organizate interne, care se află la baza sistemului de reacții emoționale adulte. Ele combină experiența afectivă cu elemente motivaționale, cognitive și comportamentale, în organizări interne care sunt activate rapid în afara conștiinței. Venim pe lume cu programe motorii psihoafective fundamentale pentru emoții și cu tendințe către acțiune pentru emoții, cum ar fi furie, tristețe, frică și rușine. Nu învățăm cum să fim furioși, triști, înspăimântați sau rușinați; cu toate acestea, experiența influențează curând motivele aparente pentru care devenim furioși, triști, temători sau rușinați. Schemele emoționale sunt reprezentări interne ale experienței noastre trăite.

Schemele emoționale constau în mare din elemente procedurale, preverbale și afective (de exemplu, senzații corporale, tendințe către acțiune, imagini vizuale, mirosuri), mai curând

decât din opinii exprimate prin limbaj. Când sunt activate, ele produc experiență și acțiune; când sunt combinate cu alte scheme, ele se formează în organizări ale experienței de ordin superior, cum ar fi sentimentul de lipsă de valoare sau de a fi imposibil de iubit, sau sentimentul de a fi plin de încredere sau dezirabil (Greenberg, 2014, 2017).

Cum operează schemele? Schemele sunt activate de indicii care se potrivesc cu caracteristicile de input ale schemei sau nodurilor rețelei neurale. Când sunt activate, schemele emoționale produc experiență și reacții. Noțiunea de schemă ca experiență și producătoare de acțiune, opusă schemei–convingere, a fost dezvoltată de Piaget (1954) și elaborată de neopiagetieni (J. Pascual-Leone, 1987, 1991; J. Pascual-Leone și Johnson, 1991, 2011). Această perspectivă oferă o alternativă la perspectiva simplei învățări prin condiționare.

Experiențele importante ale vieții, semnificative întrucât au activat anterior reacții emoționale, se codifică în memoria schematică emoțională. Odată ce reacțiile emoționale au fost experimentate, ele sunt organizate într-un sistem schematic sintetizând o serie de niveluri și tipuri de informații, inclusiv stimuli senzori-motori, percepții, motivații, acțiuni și informații de nivel conceptual. Aceste reacții emoționale nou-achiziționate și mai complexe devin automate — la fel de automate ca și reacțiile adaptative, biologic înnăscute, pe care le integrează. Când sunt activate, ele se combină cu procese de nivel superior, cum ar fi atenția și procesele executive (J. Pascual-Leone și Johnson, 1991, 2011), și activează modelul fundamental de procesare care ne ghidează viața. Spre deosebire de schema cognitivă, schema emoțională este o rețea care produce tendințe la acțiune și experiență, spre deosebire de cunoaștere conceptuală.

Schemele emoționale esențiale se dezvoltă în interacțiunile timpurii și continuă să se dezvolte pe tot parcursul vieții. De exemplu, o schemă emoțională bazată pe bucuria și liniștirea înnăscute, care apar la contactul uman, se va dezvolta în copilăria mică în obiectivul general de a căuta contactul sau alinarea și intimitatea, pentru că oferă un sentiment de bine. Inițial, această schemă va avea componente cum sunt mirosul mamei și al laptelui ei, sunetul vocii ei, ritmul special al suptului și sentimentul de bucurie odată cu satisfacerea și alinarea în momentul contactului. Această schemă devine curând mai diferențiată: fața mamei, pașii ei care se apropie și modul în care ea se dedică copilului devin componente ale schemei, împreună cu experiența trăită a interacțiunilor cu ea. Apar tipare de activare neuronală, care reprezintă aceste componente împreună. Se creează celule cu proprietăți mai specifice de reacție, la niveluri superioare de procesare, prin intermediul convergenței progresive a circuitului, până când schemele care servesc drept detectori specifici pentru situații și tipare complexe se ridică în vârful ierarhiei.

Cu fiecare episod de apropiere satisfăcătoare de mamă, conexiunile neuronale asociate cu această schemă emoțională sunt consolidate astfel încât, în timp, circuitele neuronale corespunzătoare sunt activate cu mai mare ușurință. În cele din urmă, aceste conexiuni neuronale formează o schemă cu cea mai mare excitabilitate dintre toate, astfel încât schema poate deveni spontan activă, chiar și la imaginea sau la vocea mamei. Copilul trăiește atunci o dorință, un dor de mamă. Nevoia de mamă va fi, de asemenea, cu ușurință activată odată cu stările interne, cum ar fi foamea sau frigul, pe care mama le alinase anterior. Acum, când copilul se simte înfometat sau singur, se activează

nevoia de alinare, se emit exprimările care fuseseră eficiente în atingerea acestui scop, iar atenția se îndreaptă în direcția observării faptului dacă mama poate fi auzită sau văzută pe undeva. Când mama apare, vederea ei declanșează emoții pozitive, iar copilul se liniștește; sau, alternativ, dacă nu există o reacție de alinare, copilul începe să dezvolte schemele emoționale ale sentimentelor dureroase, cum ar fi frică și rușine, care pot deveni sursa dificultăților emoționale de mai târziu.

Pe parcursul timpului, experiențele trăite ale situațiilor sunt asociate cu reprezentări ale stărilor corporale pe care indivizii le-au experimentat în acele situații; prin aceasta, situațiilor le este conferită o semnificație afectivă. În acest fel, o stare somatică, o experiență viscerală sau un sentiment devin un marker pentru o anumită experiență și sunt stocate în memorie (Damasio, 1999). Când indiciile evocă o organizare schematică a emoției formată dintr-o experiență trecută negativă, individul va avea o presimțire neplăcută (Damasio, 1994), iar sentimentul va avea o semnificație implicită că ceea ce se întâmplă în prezent este rău. Schemele emoționale determină, de asemenea, și experimentarea viitoare a acelei emoții: pentru a se proteja de sentimentele neplăcute, indivizii vor tinde să decidă să evite acest tip de eveniment neplăcut. Corpul este folosit ca un sistem de ghidare: emoțiile ghidează deciziile, ajutând indivizii să anticipeze rezultatele viitoare pe baza experienței anterioare depozitate în schemele emoționale care activează presentimentele.

Deși în esență adaptative, emoțiile pot deveni dezadaptative printr-o serie întreagă de experiențe negative de viață, generând astfel reacții dezadaptative la situațiile actuale. Ele sunt sursa multor disfuncționalități și țintele schimbării în TCE. Întrucât programele înnăscute de reacții emoționale sunt deschise la

input și învățare, emoțiile sunt un sistem de procesare adaptativ și flexibil; totuși, acel sistem ar putea deveni dezadaptativ prin intermediul formării amintirilor schematice emoționale ale experiențelor negative. În viață, dacă emoțiile devin instabile (*dysregulated*) și nu sunt calmate sau înțelese, și dacă nu se oferă suficientă siguranță sau validare sentimentelor, emoțiile se dezvoltă în amintiri schematice emoționale dureroase. Aceste amintiri ale experiențelor semnificative din punct de vedere emoțional sunt depozitate în conturi emoționale; de exemplu, amintirile experiențelor producătoare de tristețe sunt depozitate într-un cont al tristeții, amintirile referitoare la furie, într-un cont al furiei, iar experiențele în legătură cu frica, într-un cont al fricii. Amintirile schematice emoționale sunt activate de indicii relevante pentru emoția în jurul căreia au fost formate; astfel, de exemplu, o pierdere actuală sau un sentiment actual de tristețe vor activa amintirile schematice emoționale ale tristeții. Un indiciu de amenințare, cum ar fi furia citită pe fața cuiva, care este frecvent percepută subliminal, va produce frică și va activa schemele referitoare la experiența anterioară a fricii. Odată activate, aceste scheme se combină pentru a genera o reacție de frică, asociată cu motivația de a evada, o tendință către acțiunea de a fugi, precum și forme rudimentare de procesare cognitivă, cum ar fi concentrarea atenției și explorarea mediului în căutarea amenințărilor. La activarea acestui mod de bază al procesării, persoana începe să proceseze mai conștient sursele pericolului și va simboliza într-un final în cuvinte pericolul evaluat, generând moduri de adaptare. Tocmai acest mod fundamental de procesare generat de activarea schemelor emoționale trebuie schimbat în terapie. În TCE, schemele dezadaptative sunt activate pentru a fi deschise spre noi experiențe emoționale.

Totuși, schemele emoționale nu sunt conștiente; emoțiile pe care le generează însă pot deveni conștiente. Problema importantă este că modul fundamental de procesare, cu motivație emoțională, pus în mișcare de activarea schemei, ia naștere în afara conștientizării și influențează procesarea conștientă. Activarea unei scheme a fricii pune în mișcare un mod fundamental de procesare a amenințării, iar această procesare conștientă lucrează în slujba scopului afectiv activat de schemă: siguranța, în cazul fricii și contactul, în cazul tristeții.

TCE postulează că experiența este generată de o combinare tacită a unui număr de scheme care sunt coactivate și se aplică unei situații, precum și de procesarea la numeroase niveluri superioare (Greenberg și Pascual-Leone, 2001; A. Pascual-Leone și Greenberg, 2007; J. Pascual-Leone, 1991). O serie de scheme emoționale activate se combină la un nivel superior într-o autoorganizare operantă care furnizează experiența emoțională și reacția persoanei într-o anumită situație: starea experiențială sau starea de spirit a individului. Această sinteză a schemelor multiple formează „sinele pe care l-am descoperit că sunt eu însumi" într-o situație, cum este de exemplu să te simți organizat ca persoană cu încredere în sine sau să te simți organizat ca persoană instabilă, sau lipsită de valoare, sau în siguranță. Tocmai această autoorganizare într-o anumită situație este cea care oferă referentul experienței simțit în corp, precum și sentimentul a ceea ce se întâmplă (Damasio, 1999; Gendlin, 1996; Greenberg, 2011), în care „eu" trebuie să se preocupe să-l simtă pe „mine însumi" Aceste experiențe nu sunt un produs al voinței sau deliberării, ci, mai curând, al unui proces dinamic de autoorganizare care apare în afara conștiinței. TCE observă că prima reacție activată automat este una emoțională, indiferent că este procesarea

 fricii, tristeții sau furiei. Convingerile și tiparele relaționale vin mai târziu.

Experiența subiectivă

Emoția experimentată este mai curând o semnificație complexă, simțită idiosincrazic, decât o reacție primitivă sau generală. De exemplu, experiența conștientă a pericolului este frica, aceasta fiind la rândul ei o sinteză a unei serii întregi de scheme emoționale construite din neurochimia și fiziologia de bază a individului, precum și din experiența lui unică. Experiența noastră unică este formată din schemele noastre activate, foarte asemănător cu modul în care gustul unei mâncări este format din toate ingredientele sale. Când toate ingredientele din diferitele componente schematice sunt combinate în conștiință cu informații despre stimulul extern și amintirile pe termen lung referitoare la semnificația stimulului, iar caracteristicile particulare ale schemelor au creat excitație în creier, sentimentul care rezultă este o variantă personală a fricii.

Pentru a înțelege emoțiile, trebuie să înțelegem construcția idiosincratică individuală a experienței trăite — sentimentele care ne orientează către lume și care formează baza semnificației relevante la nivel personal, pe care o construim. Sentimentele nu sunt neapărat complet formate și în așteptarea exprimării. Mai curând, oamenii, ca reacție la situații, nu simt doar câte un lucru pe rând; ei pot avea sentimente multiple sau secvențiale. Cuvântul-cheie în lucrul cu emoția este *complexitatea*; terapeuții trebuie să adopte o poziție de „necunoaștere" în legătură cu sentimentul unui client și să recunoască faptul că, deși au o perspectivă asupra a ceea ce simt clienții, doar aceștia sunt experți în propria lor experiență. Terapeuții trebuie să încurajeze clienții

să fie atenți la sentimentele lor, să le exploreze și să le găsească semnificația; având în vedere că schemele emoționale sunt în esență sursa experienței și sursa suferinței, ele trebuie să fie activate în terapie, pentru a fi schimbate.

Disfuncționalitatea

În TCE, disfuncționalitatea este considerată a fi lipsa abilității de adaptare creativă la situații și de producere a unor reacții noi, experiențe noi și narațiuni noi (Greenberg, 2017). În termeni generali, emoția este considerată a fi disfuncțională atunci când oferă puține informații. Această disfuncționalitate apare când reacțiile nu sunt adaptative sau sunt nepotrivite situației și când reacțiile emoționale nu pot fi monitorizate și reglate, și nici comunicate eficient. Studiind acțiunea TCE în terapie, împreună cu grupul meu de cercetare am observat că emoțiile dureroase esențiale, generate de schemele emoționale dezadaptative, sunt cele care se combină în autoorganizări dezadaptative, care la rândul lor se află în centrul disfuncționalității și sunt țintele schimbării terapeutice.

TCE postulează că procesele emoționale se află la baza celor mai multe, dacă nu tuturor disfuncțiilor psihologice. Un bun exemplu al acestui punct de vedere este gândirea ruminativă sau repetitivă, care s-a demonstrat a avea legătură cu disfuncționalitatea și despre care s-a sugerat că ar fi un mecanism care stă la baza tulburărilor (Nolen-Hoeksema și Watkins, 2011; Watkins, 2008). TCE consideră *ruminația* ca pe un simptom al protejării împotriva emoțiilor dureroase sau o evitare a lor și o încercare de a le gestiona. Tratamentul implică ajutarea clienților să-și descrie concret sentimentele implicite și să-și

 separe nemulțumirile (deseori exprimate prin lamentări de tipul „de ce s-au întâmplat lucruri rele?“) în sentimentele lor constituente, nerezolvate, de furie și tristețe. Odată acceptate și experimentate, aceste sentimente de bază trebuie să fie procesate conform principiilor TCE de schimbare emoțională (descrise în continuare).

Cele patru surse majore ale procesării emoționale disfuncționale sunt:

1. *Lipsa de conștientizare a emoției*: un exemplu este inabilitatea de a simboliza în conștiință o experiență, simțită la nivel corporal, de tristețe sau frică, ceea rezultă deseori din evitarea sau negarea experienței primare.
2. *Reacții emoționale dezadaptative*: aceste reacții sunt generate de schemele emoționale formate din emoția neprocesată (de exemplu, frica de abandon, rușinea din cauza umilirii). Ele rezultă frecvent din învățarea traumatică în cadrul situațiilor interpersonale, frecvent cele cu persoanele de îngrijire primară.
3. *Dereglarea emoției*: această sursă implică reglarea insuficientă sau exagerată a emoției, rezultând frecvent din eșecurile reglării diadice timpurii a afectului. Un exemplu este frica traumatică copleșitoare. Alt exemplu este reprezentat de comportamentele adictive care vin dintr-o inabilitate de a liniști sau regla sistemul automat al emoțiilor; aceste comportamente preiau controlul folosind substanțe pentru liniștire, în ciuda dorinței deliberate a sistemului conceptual de a se opri.
4. *Probleme ale construcției narative și în crearea de semnificație*: aceste probleme apar din inabilitatea indivizilor de a-și înțelege experiența și de a dezvolta discursuri narative

despre sine, alții și lume (de exemplu, narațiuni incoerente, narațiuni dezadaptative despre sine, narațiuni care îi blamează pe alții).

Dezvoltare emoțională și învățare

Dezvoltarea emoțională din copilăria mică până la maturitate are loc printr-o interacțiune a temperamentului emoțional al unei persoane cu experiența ei în lume și acordajul emoțional al altora la experiența persoanei. Relațiile de atașament și realizările din cadrul social și academic sunt considerate a fi promotoare directe ale dezvoltării emoționale și autoorganizării. Indivizii care trăiesc o lipsă severă de acordaj afectiv în relațiile lor formatoare cu persoane semnificative (în special, dar fără a se limita la persoanele de îngrijire) sunt vulnerabile la mai multe tulburări emoționale în viață decât cei care au avut parte de un acordaj empatic la afect (Schore, 1994, 2003; van der Kolk, 2014). Reglarea afectului este considerată un aspect esențial al dezvoltării.

Obiectivul TCE este dezvoltarea sinelui. Pentru a înțelege ce înseamnă acest lucru, trebuie să înțelegem ce este sinele și ce înseamnă dezvoltarea. Sinele este un proces de autoorganizare care este creat în mod constant, pentru a lua forme particulare. Dezvoltarea poate fi comparată cu învățarea: dezvoltarea este considerată o schimbare în procesul de autoorganizare, cum ar fi, de exemplu, o reglare superioară, în timp ce învățarea implică o schimbare din interiorul autoorganizării, cum ar fi o creștere sau o scădere a intensității unei anumite reacții (de exemplu, a te enerva mai puțin).

În TCE, sinele este un proces temporal care se desfășoară în prezent și în interacțiune cu mediul. Apare în momentul prezent, în contact cu mediul (Perls, Hefferline și Goodman, 1951). Sinele se formează în relație cu mediul, este descentralizat și se desfășoară în timp. Pe măsură ce organismul se angajează în tranzacții cu mediul, sinele se organizează clipă de clipă în forme diferite, fiind, de exemplu, fericit, autocritic, lipsit de valoare, precaut sau îndrăzneț. Este asemănător mai mult unui râu care curge constant decât unei structuri, constituit mai mult din trecerea timpului decât dintr-o localizare spațială și o formă fixă. În acest fel, sinele este un proces dinamic de autoorganizare care creează sinele pe cale de devenire al individului. Este formarea formelor. Individul se transpune constant într-o situație. Așa cum pipăitul există doar în atingere, sinele există doar în experimentarea într-o situație. TCE este preocupată mai degrabă de procesele de organizare a sinelui și de flexibilitatea procesului decât de găsirea „sinelui adevărat"

Dar cum explică atunci TCE stabilitatea? Deși indivizii se organizează în moduri diferite la momente diferite, ei dezvoltă moduri mai caracteristice de organizare din punct de vedere emoțional, pentru a conferi o anumită stabilitate modului în care personalitatea și structura caracterului sunt construite în mod repetat. Oamenii au anumite secvențe și moduri de a fi tipizate, care vor apărea cu o mai mare probabilitate decât altele. Aceste stări organizate mai frecvent se numesc *stări atractoare* (*attractor states*) în teoria sistemelor dinamice. TCE sugerează că dezvoltarea implică schimbarea regulilor care ghidează aceste tipare caracteristice; rezultatul este schimbarea

modului de a fi sau a structurii caracterului pe parcursul vieții, dar și în terapie. De exemplu, oamenii se pot schimba de la autocritică la autoacceptare, dintr-o persoană care se înfurie cu ușurință pe alții — reacționând la rușine cu furie sau la cereri cu iritare — în cineva mai calm și mai politicos. Acestea sunt schimbări apărute în modurile de funcționare, care indică autodezvoltarea.

Dezvoltarea prin sinteză

Este util să comparăm tipul de schimbare a sinelui datorată dezvoltării pe care TCE se străduiește să îl promoveze cu tipul de schimbare produsă de învățarea de noi abilități. *Dezvoltarea* este procesul schimbărilor care au loc pe parcursul timpului, în care structura originară este transformată, iar individul trece la un nivel superior și la forme mai complexe de organizare. Conform lui Piaget (1954, 1973), dezvoltarea implică o reorganizare progresivă a proceselor psihice prin experimentarea discrepanțelor dintre ceea ce indivizii știu deja (respectiv, experiența) și ceea ce descoperă (respectiv, o nouă experiență), apoi ajustarea ideilor lor în consecință.

Pentru a compara perspectiva schematică a emoției asupra dezvoltării cu perspectiva teoriei învățării asupra învățării, trebuie să înțelegem cum diferă funcționarea bazată pe scheme emoționale și „dezvoltarea prin sinteză" de o perspectivă asupra învățării de tip reacție la stimul. În TCE, schimbarea emoțională nu apare prin reducerea excitației prin expunere sau prin schimbarea gândurilor și convingerilor individului prin noi informații sau un nou raționament; mai curând, dezvoltarea are loc printr-o sinteză a schemelor existente. În loc de învățare prin asociații

sau prin analiză logică sau empirică, perspectiva de dezvoltare a TCE oferă un punct de vedere asupra funcționării, în care dezvoltarea are loc prin sinteză (Neisser, 1976). Conform acestui punct de vedere, mai degrabă decât conexiuni stimul–reacție, schemele sunt structuri de rețele interne semnalizate de stimuli multipli și au rezultate multiple (J. Pascual-Leone și Johnson, 1991, 2011). Ele sunt coactivate și coaplicate, iar multe scheme se combină între ele, precum și cu alte procese de atenție de nivel superior și alte procese de operare cognitivă, pentru a determina rezultatul (output). Schemele nu sunt doar reactive; ele procesează în mod activ și constant informațiile, evaluând situațiile pentru a asigura supraviețuirea. În plus, o schemă este anticipatoare „cu precauție" (J. Pascual-Leone și Johnson, 1991, 2011; Piaget,1954, 1973), având anumite așteptări asupra rezultatelor. Schemele, spre deosebire de asocieri, nu sunt asocieri oarbe sau stupide; ele sunt complex multideterminate și evaluatoare, și pot anticipa rezultatul aplicării lor. Din acest motiv, ele oferă o conceptualizare alternativă la conceptualizările stimul–reacție (Greenberg și Pascual-Leone, 1995, 2001; Greenberg și Safran, 1987; J. Pascual-Leone, 1991).

Este, de asemenea, util să comparăm perspectiva schematică asupra emoției, în care schema emoțională este unitatea de procesare fundamentală, cu perspectiva teoriei atașamentului asupra modelelor de lucru interne (Bowlby, 2011) sau cu perspectiva relațiilor de obiect asupra reprezentărilor interne ale relațiilor sine–ceilalți (Kernberg, 1976/1984; Schore, 1994, 2003). Aceste conceptualizări psihodinamice postulează mai multe structuri interne complexe ca unitate fundamentală de procesare — structuri bazate pe o relație între sine și altul, precum și pe afectele care le cimentează (Guntrip, 1969; Kernberg, 1976/1984). În

opinia mea, acestea reprezintă forme superioare, mult mai complexe, care sunt construite din reacțiile emoționale fundamentale. Prima reacție a creierului la un stimul este o tendință spre acțiune de frică sau rușine, sau bucurie, nu o percepție complexă că celălalt abandonează și că sinele este abandonat, ceea ce duce la frică.

Dezvoltarea emoțională poate fi comparată cu învățarea care implică achiziția de cunoștințe sau deprinderi prin formarea lor sau prin psihoeducație. Învățarea de noi abilități sau psihoeducația se concentrează asupra întăririi reacțiilor corecte și slăbirii reacțiilor incorecte, ca și pe adăugarea de noi informații în memorie. Învățarea, în această perspectivă, implică și condiționarea, care apare ca o funcție a întăririi pozitive și negative. Se consideră că întărirea stabilește o schimbare în reacțiile comportamentale la stimulii de mediu. Într-o abordare mai cognitivă a învățării, nu se mai consideră că indivizii reacționează pur determinist la stimulii din mediu; mai curând, ei sunt considerați drept ființe cognitive care participă activ la învățare și ale căror acțiuni sunt o consecință a procesării informației care implică procese psihice interne, inclusiv gândire, raționament și memorie. Din aceste puncte de vedere, se crede că frica de a spune „păianjeni" sau „înălțimi" poate fi întărită negativ sau pozitiv de simpla expunere sau prin discuții la nivel individual, pentru a clarifica erorile în gândire sau prin schimbarea convingerilor, în principal prin experiențe reușite. În opinia mea, aceste procese duc la învățarea unor abilități de adaptare, dar nu la transformare sau dezvoltare. Ne referim la această diferență ca la o schimbare de prim ordin versus o schimbare de ordin secund (von Foerster, 1995).

Schimbarea în psihoterapie apare în două moduri. *Schimbarea de prim ordin* apare atunci când parametrii sistemului se schimbă într-o manieră continuă, dar structura sistemului nu se modifică. În *schimbările de ordin secund*, sistemul se schimbă calitativ și într-o manieră discontinuă. Acest al doilea tip de schimbare a sistemelor necesită schimbări în setul de reguli care guvernează structura sau ordinea internă a unui sistem (Bateson, 1999; Watzlawick, Weakland și Fisch, 1974). Schimbarea de prim ordin gestionează schimbările din structura existentă: a face mai mult sau mai puțin din ceva. Acest tip de schimbare se referă deseori la obținerea de noi cunoștințe, abilități și comportamente într-un anumit stadiu de dezvoltare. Schimbarea de prim ordin nu modifică o problemă, însă ajută individul să se echipeze mai bine pentru confruntarea cu problema. Dacă ai prea multă furie, înveți abilități de gestionare a furiei; dacă nu ești asertiv, îți antrenezi asertivitatea. În opinia mea, achiziția de abilități de adaptare după principiile teoriei învățării implică schimbare de prim ordin. În TCE, modificarea simptomelor lipsei de reglare a emoției prin învățare și psihoeducație, deși posibil utilă, implică o adaptare îmbunătățită; aceasta este schimbarea de prim ordin.

Dezvoltarea dorită în TCE implică o schimbare de ordin secund, în cadrul căreia apare ceva nou, care duce la o modalitate complet nouă de a fi în lume. Aceasta implică experimentarea și capacitatea de a vedea lucrurile diferențiat. Schimbarea de ordin secund implică transformarea: problema dispare. Astfel, un individ cu prea multă furie ajunge să-și abordeze rușinea sau frica subiacente, care cauzează furia; iar atunci când individul a

schimbat sentimentul primar subiacent, el nu mai este furios. În loc să-și extindă abilitățile în același stadiu de dezvoltare, individul care învață trece într-un stadiu nou, mai integrat de dezvoltare — care poate fi considerat un stadiu superior — trecând de la furie la un sentiment al valorii proprii. În plus, dezvoltarea nu este limitată doar la o anumită circumstanță sau sarcină, ci dorește să îmbunătățească personalitatea și atitudinea individului, schimbându-i astfel starea de bine. Îl face mai rezilient. Îi oferă o creștere generală, ceea ce îl ajută să se confrunte cu viitoarele provocări.

Multe metode psihoeducaționale de gestionare a emoției instabile au ca obiectiv schimbarea de prim ordin a simptomului. De exemplu, antrenarea clienților să respire atunci când sunt în suferință, să numere invers de la 100 sau să facă o baie caldă poate fi utilă pentru gestionarea imediată a problemei, dar nu abordează emoțiile subiacente. Abilitățile sporite de reglare a emoției, tolerarea distresului și distragerea sunt toate schimbări de prim ordin, care îi ajută pe oameni să se descurce. Desensibilizarea prin expunere sau obișnuire reduce reacțiile de frică la indiciile activatoare, dar ipoteza este că determinanții emoționali subiacenți ai tuturor acestor probleme — probleme fundamentale de atașament nesecurizant sau sentimente fundamentale de rușine care generează organizarea simptomatică a sinelui — nu se schimbă. În timp, adaptarea se poate chiar generaliza la alte situații prin întărirea experienței reușite, ducând la o schimbare de ordin secund a problemei fundamentale; totuși, această schimbare de ordin secund nu este asigurată, întrucât problema fundamentală nu a fost țelul schimbării.

Încadrând-o acum în termenii unei abordări constructivist-dialectice (Greenberg, 2017; Greenberg și Pascual-Leone,

1995, 2001), schimbarea transformațională apare din dezvoltarea unor reacții cu adevărat noi prin intermediul combinării schemelor emoționale existente în scheme noi, mai funcționale (Piaget, 1973), care creează noi moduri de existență. Aceasta este schimbarea de ordin secund a schemelor existente. De exemplu, schemele de stat în picioare și de cădere ale unui copil de un an pot fi sintetizate dinamic într-o schemă a mersului, de nivel superior, printr-un proces de sinteză dialectică (Greenberg și Pascual-Leone, 1995; J. Pascual-Leone, 1991), în loc să fie învățat cum să meargă. În mod similar, schemele diferitelor stări emoționale pot fi sintetizate pentru a forma noi integrări. În dezvoltare, când sunt coactivate scheme opuse cu tendințe către acțiune opuse, elementele compatibile din schemele coactivate se combină pentru a forma scheme de nivel superior. În acest fel, o amintire emoțională schematică a rușinii și o autoorganizare de retragere și lipsă de valoare, cauzate de un abuz anterior, pot fi combinate cu o furie actuală mobilizatoare împotriva violului — care motivează abordarea problemei, în loc de retragere — pentru a forma o nouă autoorganizare asertivă sau plină de încredere. Acest proces se dezvoltă într-o nouă modalitate de a se simți mai valoros și mai încrezător. Similar, o autoorganizare de nesiguranță bazată pe frica rupturilor atașamentului din trecut poate fi schimbată prin procesarea tristeții pierderii: a te simți valoros pentru a fi satisfăcut o nevoie nesatisfăcută până atunci și pentru a fi făcut doliul pentru ce s-a pierdut. Tratamentul TCE nu implică modificarea directă a simptomului, cum ar fi reantrenarea psihoeducațională a atenției, ci, mai degrabă, ajută clienții să reexperimenteze sentimentele care stau la baza simptomului și să le transforme cu o nouă experiență.

TCE consideră că următoarele procese umane majore servesc macromotivul de bază al supraviețuirii, comun speciei noastre: *reglarea afectului*, efortul de a avea sentimentele pe care le dorim și a nu avea sentimentele pe care nu le dorim, și *crearea de semnificație*, găsirea unui sens narativ al nostru și al lumii noastre. Încercarea de identificare a motivelor cu conținut specific, cum ar fi atașamentul, autonomia, realizarea sau controlul este totuși atât de puternică în gândirea occidentală, încât oamenilor le este dificil să nu considere aceste motivații de conținut drept niște daturi fundamentale. Maslow (2008) a încercat chiar să specifice cinci niveluri ierarhice ale nevoii umane: fiziologic, siguranță, apartenență, stimă de sine și actualizare. Din contră, teoria emoției sugerează că aceste motivații specifice contextului sunt derivate din emoție și că nevoile psihologice umane sunt fenomene emergente construite într-un proces complex de dezvoltare.

Originile nevoilor psihologice

În general, *nevoia* sau *motivația* se referă la ceea ce individul vrea, vrea să facă, dorește sau intenționează; *motivație* derivă din latinescul *motivus* (a mișca). Deși TCE nu neagă importanța motivelor din ipoteză, cum ar fi atașamentul, realizarea, controlul, puterea, stima și multe altele, ea emite presupunerea că emoțiile sunt datele înnăscute și că motivele, nevoile și dorințele se dezvoltă din emoție și procesarea afectului. Nevoile psihologice nu sunt pur și simplu înnăscute; ele apar din afect și reprezintă preferințe și respingeri de bază, lucruri pe care organismul le

 dorește pentru a păstra o stare de bine. Ele sunt create și co-construite în interacțiune cu mediul, prin operarea reglării afectului și construirii sensului. În principiu, ajungem să dorim ceea ce a ajutat la atingerea scopului emoției de a supraviețui și de aceea ne-a făcut să ne simțim bine. Scopul în furie, de exemplu, este de a proteja limitele sau a depăși obstacolele. În frică, scopul este de a fugi de pericol; în tristețe, scopul este de a obține sau a striga după contact sau alinare, sau retragere dacă nu există niciun răspuns; iar în dezgust, scopul este înlăturarea a ceea ce este nociv și are gust rău. Toate acestea au evoluat ca sisteme orientate spre acțiune, pentru a sprijini supraviețuirea, și toate sunt dezirabile în situații care ajută supraviețuirea. Oricât de neobișnuit ar putea părea, am ajuns să-mi placă să simt furie atunci când eram violat, pentru că furia mă proteja; am ajuns să-mi placă tristețea la pierdere, pentru că mi-a adus alinare; mi-a plăcut să simt frică, pentru că m-a făcut să mă atașez, ceea ce a ajutat supraviețuirea, și nu aș deveni o ființă care caută atașamentul la separare dacă nu m-aș simți atât de bine creând legături.

În loc de a postula un set de motivații de bază, cum ar fi atașamentul, cunoașterea sau controlul, TCE consideră că nevoile psihologice apar dintr-un proces de construire, dintr-o interacțiune între preferințele înnăscute și valorile afective ale lucrurilor care sunt bune sau rele pentru noi, precum și experiența trăită. Astfel, spre exemplu, copilul „este programat", prin sistemul afectiv, să aibă înclinația de a prefera căldura, mirosul familiar, moliciunea, fețele zâmbitoare, vocile ascuțite și schimbul de priviri. Toate acestea produc o reacție neurochimică, tendințe către acțiune și afecte pozitive care sprijină viața și, odată trăite, vor fi mereu căutate. Similar, bebelușii au reacții negative la constrângeri, zgomote puternice,

disconfort enteroceptiv și suprastimulare, și se îndepărtează de ele. Experiența conduce la dezvoltarea amintirilor schematice ale emoției, cu așteptări asupra a ceea ce este resimțit ca bun sau rău și, pe măsură ce cogniția se dezvoltă, plăcerile și neplăcerile se consolidează și mai mult în conștiință ca nevoi și dorințe. Nevoia sau dorința se creează din căutarea sau evitarea acelor lucruri care au ajutat individul să supraviețuiască și l-au făcut să se simtă bine sau rău. Sentimentele sunt recompensele sau pedepsele care au făcut ca individul să dorească mai mult sau mai puțin din ceva.

Oamenii vin pe lume cu motivația fundamentală de a supraviețui și de a se dezvolta, iar aceste motive sunt slujite de reglarea afectului și crearea de semnificație. Din interacțiunea acestor procese cu înclinațiile emoționale înnăscute și, mai târziu, cu experiența trăită, se sculptează celelalte nevoi ale noastre, cum ar fi cea de conectare, validare și realizare. Fără emoții, nu am avea motive pentru atașament sau cunoaștere, control sau îngrijire.

Cu toate acestea, există o circularitate derutantă în relația dintre emoție și nevoie, care este vizibilă în special în teoria generării emoției, în cadrul căreia emoția apare din evaluările automate în ceea ce privește nevoia (Frijda, 1986), ceea ce pare să ducă la concluzia că nevoia este elementară și preexistă emoției. Există în mod clar o relație strânsă între emoție și nevoie, într-o asemenea măsură, încât unii teoreticieni ai emoției, cum ar fi Buck (2014), au sugerat utilizarea termenului de *emotivație* pentru a descrie interdependența dintre emoție și motivație. Se naște întrebarea: care a fost mai întâi, emoția sau nevoia? În opinia mea, odată ce nevoile s-au dezvoltat din emoțiile de bază, ele devin barometrele a ceea ce organismul a considerat bun în trecut, ghidând eforturile actuale ale organismului.

Creierul emoțional observă constant mediul, în termenii potențialului său de a satisface sau a nu satisface nevoia (respectiv, supraviețuirea). Satisfacerea sau frustrarea nevoii generează emoție, ceea ce duce la o afișare a progresului organismului spre satisfacerea nevoii, respectiv a eșecului satisfacerii acestei nevoi. Există în mod evident o relație cauzală circulară între emoții și nevoi, în procesul vieții, însă emoția apare prima în procesul dezvoltării nevoii. Deși nevoile sunt intim legate de generarea emoției, aceasta nu înseamnă că ele preced în dezvoltare emoția, nici că sunt înnăscute. Nevoia de contact sau alinarea — așa cum au demonstrat puii de maimuță ai lui Harlow (1958), care preferau să se cațăre pe un manechin-maimuță confecționat din sârmă și acoperit cu o pătură moale, în loc să-și satisfacă nevoia de a bea lapte dintr-un biberon — s-a dezvoltat pentru că pătura oferea un sentiment de bine; acest sentiment era mai important decât nevoia de hrană. Un copil privește fața mamei sale, căutând să trăiască încă o dată bucuria produsă de zâmbetul de pe fața mamei. Înnăscută este preferința pentru moliciune și zâmbete sau sentimentele pozitive generate de ele.

Satisfacerea nevoii versus frustrarea nevoii

O importantă trăsătură a lucrului cu motivația este problema dacă satisfacerea nevoii sau frustrarea nevoii duc la schimbare în terapie. Se consideră că satisfacerea nevoii duce la reducerea nevoii. De exemplu, satisfacerea nevoii de apropiere duce la explorare ulterioară și la satisfacerea altor nevoi. Când nevoia este satisfăcută, individul se relaxează și se concentrează asupra altor nevoi. Această perspectivă asupra gratificării nevoilor este importantă pentru o terapie în care accesarea sentimentelor

anterior nerezolvate și a nevoilor neîndeplinite este considerată a fi necesară pentru satisfacerea sau schimbarea nevoilor. În loc să conducă la o întărire a sentimentelor și nevoilor activate, activarea le face să fie dispuse la un nou input. Se consideră că frustrarea nevoii nu duce la o dispariție a ei, ci la o repetare a eforturilor de a o satisface și, posibil, la o intensificare a ei.

Perls, Hefferline și Goodman (1951) considerau că satisfacerea nevoii duce potențial la încetarea nevoii și trecerea la alte preocupări. Maslow (2008) argumenta că oamenii încearcă în mod activ să-și satisfacă nevoile și, odată ce o nevoie este satisfăcută, ei urmăresc alte nevoi, situate mai sus în ierarhia pe care el a întocmit-o. Pare evident, de exemplu — limitând alți factori —, că, dacă ești în pericol, suferi de frig sau de foame, siguranța, hrana și căldura sunt o prioritate. Nu ai nici timp, nici energie să-ți urmărești nevoia de stimă de sine, până când sunt satisfăcute celelalte nevoi.

În terapie, accesarea nevoii de atașament în copilărie de un părinte distant sau de protecție față de un tată abuziv nu duce la întărirea nevoilor sau emoțiilor de tristețe sau frică, ci la reducerea lor. Atunci când se empatizează cu nevoile, tristețea și frica sunt alinate prin acordajul terapeutului, iar nevoile de siguranță sau protecție neîmplinite sunt satisfăcute în terapie, sunt transformate de această experiență emoțională corectoare. În plus, experiența rezolvării și validarea nevoii în prezent conduce la așteptări pozitive referitoare la viitoarea satisfacere a nevoilor și la mai puțină anxietate sau grijă pe viitor, în ceea ce privește satisfacerea nevoii. Activarea, încurajarea și reacția la nevoia și emoția dureroasă pot fi considerate, în termenii simpli ai teoriei învățării, drept întărire pozitivă care va duce la o creștere a frecvenței acestor comportamente. Din perspectiva satisfacerii

 unei nevoi totuși activarea, încurajarea și reacția la nevoia și la emoția dureroasă conduc la o reducere a sentimentelor și a nevoii și la experimentarea unei senzații de mai mare siguranță sau încredere. Această experiență produce o reducere a preocupării pentru satisfacerea dorinței, pe baza așteptărilor pozitive referitoare la satisfacerea ei.

Rezumând, reglarea afectului și crearea de semnificație sunt procese primare care slujesc motivația supraviețuirii. În loc să postuleze motive specifice de conținut, teoria TCE sugerează că motivațiile specifice sunt derivate ale emoției și sute de nevoi psihologice ale oamenilor se dezvoltă din experiența de viață și din emoțiile pe care le-am trăit și care ne-au plăcut. TCE nu analizează conținutul vieții și interacțiunilor clienților pentru a căuta tipare sau explicații de ce un client face sau nu face anumite lucruri. Mai curând, TCE accesează emoțiile și dă sens motivațiilor și tendințelor către acțiune din cadrul acestora.

Schimbarea emoțională

O serie de studii au demonstrat că înțelegerea emoțiilor de excitație moderată prevestește un rezultat bun al terapiei (Carryer și Greenberg, 2010; Greenberg, 2017; Missirlian, Toukmanian, Warwar, și Greenberg, 2005). În loc să scape de emoție prin catharsis, terapeuții centrați pe emoție ajută oamenii să-și trăiască emoțiile în prezent, să se raporteze la ele de la o distanță de lucru și să le înțeleagă. Înțelegerea emoției și implicarea cogniției în emoție sunt cei mai buni predictori ai schimbării. Cu toate acestea, nu înțelegerea sau conștientizarea sunt esențiale pentru schimbare, ci, mai curând, experimentarea și

exprimarea de noi emoții pentru schimbarea celor vechi aduc cu ele schimbarea corporală esențială pentru reconectarea la un nivel experiențial. Experienței nou-accesate și transformate trebuie apoi să i se confere un sens în noi narațiuni care consolidează schimbarea.

Această secțiune descrie elementele care trebuie să fie luate în considerare în orice tratament de succes. În primul rând sunt discutate cele patru direcții care ghidează tratamentele TCE: evaluarea emoției, principiile schimbării emoționale, formularea cazului și intervenția ghidată de indicatori. Apoi vor fi prezentate metode și abilități generale ale TCE, precum și o descriere a procesului de schimbare emoțională.

Evaluarea emoției

Evaluarea emoției implică distincția dintre emoția primară și secundară, și emoția adaptativă și dezadaptativă. Odată ce s-a ajuns la emoțiile primare, practica este ghidată de șase principii majore ale schimbării emoționale în terapie (expuse în continuare). *Emoțiile primare* sunt reacțiile imediate, reflexe, la o anumită situație, cum ar fi tristețea din cauza unei pierderi sau frica în fața unei amenințări. Dimpotrivă, *emoțiile secundare* sunt reacții la alte reacții emoționale anterioare; deseori ele ascund sau întrerup aceste reacții emoționale primare (de exemplu, disperare deprimată care acoperă rușinea de a nu fi suficient de bun, furie care acoperă rușinea de a-și fi pierdut stima de sine). De exemplu, un individ care simte frică în fața posibilității pericolului poate simți ulterior emoția secundară a furiei sau rușinii, ca reacție la frică. Emoțiile secundare pot însoți, de asemenea, mai multe procese cognitive (de exemplu,

anxietatea ca reacție la gândirea catastrofică). Cele mai multe emoții secundare sunt sentimente simptomatice, cum ar fi frica fobică, sentimentele de epuizare și de deznădejde în depresie. De exemplu, un client cu ochii în lacrimi spune, pe un ton nemulțumit: „Pur și simplu nu mai pot suporta. Vreau ca asta [depresia mea] să se schimbe". În vocea și în expresia clientului există deznădejde, dar și un ton de protest; aceasta este deznădejde sau resemnare secundară. Terapeutul trebuie mai întâi să recunoască emoția secundară și apoi să ghideze clientul spre emoția primară subiacentă și vulnerabilă: în acest caz, sentimentele de rușine și lipsă de valoare. Emoțiile sunt generate de procese descendente și ascendente. Emoțiile automate sunt generate de jos în sus de către schemele emoționale, iar emoțiile derivate cognitiv sunt generate de sus în jos de procesele deliberative care se bazează pe convingeri, o părere idealizată despre sine și așteptări, standarde morale și valori derivate social. Aceste emoții sunt influențate mai mult de cogniție, iar factorii sociali sunt, în opinia mea, emoții secundare, așa cum sunt gândurile catastrofale care duc la anxietate.

O altă categorie de reacții emoționale nonprimare este cea a *emoțiilor instrumentale*, care sunt emoții simțite sau exprimate în primul rând pentru a atinge un scop. Aceasta a fost conceptualizată ca o utilizare manipulativă a emoției, pentru obținerea unui lucru dorit sau pentru un câștig secundar; exemple tipice sunt exprimarea furiei pentru a controla sau a domina, sau lacrimile de crocodil pentru a trezi mila. Emoția instrumentală poate fi generată cu diferite grade de intenție conștientă sau inconștientă. Aici terapeuții trebuie să-și ajute clienții să devină conștienți de scopul exprimării lor emoționale și să exploreze căi mai directe de a-și comunica emoțiile.

Deși emoțiile secundare nu sunt în general reacții adaptative la mediu, emoțiile primare pot fi ori adaptative, ori dezadaptative. *Emoțiile adaptative* primare sunt acele emoții automate în care evaluarea implicită, exprimarea emoțională verbală sau nonverbală, tendința spre acțiune și gradul de reglare emoțională se potrivesc cu situația-stimul și îi sunt adecvate (de exemplu, tristețe în fața unei pierderi care caută alinare, frică în cazul unei amenințări care pregătește individul de evadare). Reacțiile *emoționale dezadaptative* primare sunt prima reacție automată a unui individ la o situație; cu toate acestea, ele sunt reacții supraînvățate bazate pe experiențele anterioare, deseori traumatice. Aceste reacții emoționale pot să fi fost adaptative în situația inițială, dar nu mai sunt utile în cea prezentă. Așadar, aceste reacții emoționale sunt mai mult o reflecție a problemelor trecute nerezolvate decât reacții la situația prezentă, și ele nu pregătesc individul pentru acțiune adaptativă în prezent. Emoțiile dezadaptative sunt acele vechi sentimente familiare pe care oamenii le cunosc bine. Ele sunt ca acei vechi prieteni buni care sunt nocivi pentru individ.

Principiile schimbării emoționale

Cele șase principii referitoare la lucrul cu emoțiile, spicuite din literatura de specialitate, sunt: (a) *conștientizarea* emoției: simbolizarea experienței emoționale de bază în cuvinte; (b) *exprimarea*: verbalizarea sau indicarea sentimentelor individului folosind cuvinte sau acțiuni; (c) *reglarea*: liniștirea sau reducerea excitației emoționale; (d) *reflectarea*: interpretarea narativă a experienței individuale; (e) două principii ale *transformării*: (i) anularea unei emoții printr-o altă emoție și (ii) experiența emoțională corectoare,

 care implică noi experiențe trăite cu altă persoană (Greenberg, 2017). Se consideră că aceste procese sunt cel mai bine facilitate în contextul unei relații terapeutice empatice. Primele trei — conștientizare, exprimare și reglare — sunt în slujba utilizării emoției; reglarea și cele două principii ale transformării slujesc dezvoltarea emoțională. Aceste principii au fost descrise în detaliu în altă parte (Greenberg, 2014; Greenberg și Watson, 2006).

Conștientizarea emoției

Conștientizarea sporită a emoției este obiectivul general fundamental al tratamentului. Odată ce oamenii cunosc sentimentele pe care le au, se reconectează cu nevoile lor și sunt motivați să le împlinească. Conștientizarea emoțională sporită este terapeutică în multe moduri. Faptul de a deveni conștient de experiența emoțională de bază și a o simboliza în cuvinte oferă acces la informațiile adaptative și la tendința către acțiune din emoție. Cu toate acestea, conștientizarea emoției nu înseamnă a gândi emoția, ci implică o conștientizare a experimentării sentimentului. Doar odată cu simțirea emoției, articularea ei în limbaj devine o componentă importantă a conștientizării ei.

Abilitatea clienților de a articula ceea ce experimentează în lumea lor interioară este un punct focal esențial al acestui tratament. S-a demonstrat că numirea unui sentiment în cuvinte ajută la scăderea excitației amigdalei (Kircanski, Lieberman, și Craske, 2012; Lieberman et al., 2007). Terapeuții centrați pe emoție lucrează cu clienții pentru a-i ajuta să-și abordeze, accepte și simbolizeze emoțiile. Primul pas în travaliul de conștientizare este acceptarea experienței emoționale, și nu evitarea ei. Odată ce clientul a acceptat emoția, și nu a mai evitat-o, terapeutul îl poate ajuta să-și îmbunătățească adaptarea.

Exprimarea emoției

Exprimarea emoției s-a dovedit a fi un aspect unic al procesării emoționale, care oferă predicții referitoare la ajustarea în situații cum ar fi cancerul de sân (Stanton et al., 2000), răni emoționale interpersonale și traume (Foa și Jaycox, 1999; Greenberg și Malcolm, 2002; Paivio, Hall, Holowaty, Jellis și Tran, 2001; Paivio și Nieuwenhuis, 2001). Exprimarea emoției în terapie nu implică descărcarea emoției secundare, ci, mai curând, învingerea evitării experiențelor puternice și a exprimării emoțiilor primare, anterior restricționate (Greenberg și Safran, 1987). Adaptarea expresivă îl poate ajuta pe individ, de asemenea, să abordeze și să-și clarifice preocupările centrale și să-și urmărească scopurile.

Reglarea emoției

Primul pas în susținerea reglării emoției de către terapeut este asigurarea unui mediu sigur, liniștitor, validant și empatic. Acest tip de mediu participă la alinarea distresului generat automat și insuficient reglat (Bohart și Greenberg, 1997) și susține întărirea sinelui. După acest pas urmează învățarea reglării emoției și tolerării distresului (Linehan, 1993); aceasta implică, printre alte lucruri, identificarea declanșatorilor, evitarea lor, identificarea și etichetarea emoțiilor, permiterea și tolerarea emoțiilor, stabilirea unei distanțe de lucru, sporirea emoțiilor pozitive și reducerea vulnerabilității la emoțiile negative, ca și autoliniștirea, respirația diafragmatică, relaxarea și distragerea. Formele de practicare a meditației și autoacceptarea sunt de cel mai mare ajutor în distanțarea de emoțiile copleșitoare. Capacitatea de reglare a respirației, de observare a emoțiilor proprii și de permitere ca emoțiile să vină și să

plece sunt procese importante de susținere a reglării distresului emoțional.

Un alt aspect al reglării este dezvoltarea abilităților de autocalmare ale clienților. Emoția poate fi reglată în sensul scăderii ei la toate nivelurile de procesare. Liniștirea fiziologică implică activarea sistemului nervos parasimpatic pentru reglarea ritmului cardiac, a respirației și a altor funcții ale sistemului simpatic, supuse accelerării sub stres. La niveluri comportamentale și cognitive superioare, încurajarea disponibilității clientului de a primi experiența emoțională dureroasă și de a fi plin de compasiune față de ea este un prim pas spre tolerarea emoției și spre autoliniștire.

Reflectarea

Pe lângă recunoașterea emoțiilor și simbolizarea lor în cuvinte, încurajarea reflectării asupra experienței emoționale ajută indivizii să-și interpreteze narativ experiența și să o asimileze în autonarațiunile lor actuale. Ceea ce facem din experiența noastră emoțională ne definește. Reflectarea ne ajută să creăm noi sensuri și să dezvoltăm noi narațiuni pentru explicarea experienței (Goldman, Greenberg, și Pos, 2005; Greenberg și Angus, 2004; Greenberg și Pascual-Leone, 1995; Pennebaker, 1995). Pennebaker (1995) a demonstrat efectele pozitive pe care scrierea despre experiența emoțională o are asupra activității sistemului nervos autonom, funcționării sistemului imunitar și sănătății fizice și emoționale. El a conchis că, prin limbaj, indivizii sunt capabili să-și organizeze, structureze și asimileze experiențele emoționale și evenimentele care este posibil să le fi provocat acele emoții.

Probabil cea mai importantă modalitate de a gestiona emoția dezadaptativă în terapie implică nu reglarea ei, ci transformarea ei prin alte emoții. Activarea noilor emoții în terapie ajută la schimbarea reacțiilor emoționale învechite și transformă sentimentele trecute indezirabile, anterior negate.

Schimbarea emoției cu altă emoție. Procesul schimbării *emoției cu altă emoție* se referă în mod specific la transformarea emoțiilor dezadaptative primare, cum ar fi frica și rușinea, cu alte emoții, adaptative (Greenberg, 2014). Stările emoționale dezadaptative sunt cel mai bine transformate anulându-le prin activarea altor stări emoționale, mai adaptative. Spinoza (1930) a fost primul care a observat că este nevoie de o nouă emoție pentru a schimba o emoție, postulând că: „Un afect nu poate fi înfrânat sau înlăturat decât printr-un alt afect contrar și mai puternic" (p. 148).

Experiența nou-activată — cum ar fi furia pentru a schimba frica, compasiunea pentru a schimba rușinea, și chiar iubirea pentru a schimba ura — ajută la transformarea stărilor emoționale problematice persistente ale indivizilor, bazate pe memorie, și a interacțiunilor lor cu mediul. Din acest punct de vedere, schimbarea persistentă a reacțiilor emoționale dezadaptative are loc prin generarea unei noi reacții emoționale — nu printr-un proces de insight sau de înțelegere a conflictelor inconștiente, ci prin generarea de noi reacții la vechile situații și incorporarea acestor noi reacții în memorie.

Procesul de schimbare a emoției cu altă emoție depășește conceptele de catharsis, încheiere și resemnare, expunere, dispariție sau obișnuire, astfel încât sentimentul dezadaptativ nu este

 eliminat și nici atenuat, pur și simplu, prin faptul de a fi simțit. Mai degrabă, un alt sentiment este folosit pentru a-l transforma sau a-l anula. Totuși, emoțiile secundare lipsite de reglare, cum ar fi frica și anxietatea din fobii, comportamentul obsesiv-compulsiv, precum și panica și imaginile intruzive încărcate de frică pot fi îndepărtate prin simpla expunere. În multe situații, emoțiile dezadaptative primare (de exemplu, frica de a se simți lipsit de valoare, anxietatea din starea de nesiguranță fundamentală, tristețea din abandon) sunt cel mai bine transformate prin contactul cu alte emoții având tendințe spre acțiune opuse. De exemplu, schimbarea din emoțiile dezadaptative primare, cum ar fi rușinea sau frica de abandon care a dus la retragere, este provocată de coactivarea unei experiențe de abordare mai adaptative, a emoțiilor incompatibile, cum ar fi furia și mândria sau compasiunea pentru sine în aceleași situații, emoții care declanșează capacitatea de acțiune. Noua emoție anulează vechea reacție, în loc să o atenueze (Fredrickson, 2001). Această schimbare implică mai mult decât simpla simțire sau confruntare cu sentimentul, ceea ce duce la diminuarea lui. Mai curând, tendințele de retragere provocate de frica sau rușinea dezadaptativă primară se transformă în păstrarea contactului prin activarea tendințelor de abordare din furie sau din tristețea care caută alinare.

TCE transformă amintirile schematice dezadaptative emoționale despre pierderile și traumele copilăriei, activându-le în ședința de terapie. Scopul este transformarea acestor amintiri printr-un proces recent teoretizat, denumit *reconsolidarea memoriei* (Lane, Ryan, Nadel, și Greenberg, 2015), care implică asimilarea materialului nou, din prezent, în amintirile trecutului (Nadel și Bohbot, 2001). S-a demonstrat că introducerea experienței noi în amintirile evenimentelor trecute, activate în prezent, are ca

rezultat transformarea memoriei prin intermediul acestui proces (Nadel și Bohbot, 2001). Aceasta este o modalitate esențială de a schimba o emoție cu o nouă emoție. Perspectiva tradițională asupra memoriei considera că, odată ce amintirile sunt consolidate și fac deja parte din memoria pe termen lung, ele devin mai mult sau mai puțin permanente. Totuși, s-a descoperit că, de fiecare dată când o amintire este recuperată, urma amintirii pare să fie labilă și fragilă din nou, ceea ce necesită o altă perioadă de consolidare (Moscovitch și Nadel, 1997). Această perioadă de *reconsolidare* reprezintă o nouă oportunitate de a perturba amintirea. Pentru că reconsolidarea memoriei apare doar odată ce este activată o amintire, înseamnă că, pentru a putea schimba amintirile emoționale, ele trebuie activate în terapie. Amintirile emoționale pot fi schimbate prin activarea experienței amintirii într-o ședință; dacă, după circa 10 minute de lucru cu experiența dureroasă referitoare la această amintire, este experimentată o nouă emoție, aceasta va fi într-un fel incorporată în memorie și poate schimba experiența amintirii originare. Prin activarea lor în prezent, vechile amintiri sunt actualizate de noua experiență prezentă. Noua experiență vine din existența ei în contextul unei relații sigure și prin activarea unor reacții emoționale mai adaptative și a noilor resurse adulte într-o repunere în scenă într-un nou mod, în ședința de terapie, a reacției la vechea situație. Amintirile sunt reconsolidate pentru a încorpora aceste noi elemente. Este importantă activarea amintirii dureroase și apoi, după 10 minute — intervalul de timp după care amintirea este labilă (Nader, Schafe, și LeDoux, 2000) —, introducerea unei noi experiențe.

În terapie, frica dezadaptativă de abandon sau anihilare venită dintr-un abuz din copilărie — odată trezită în

prezent — poate fi transformată în siguranță prin activarea emoțiilor întăritoare, care stabilesc limite clare, de furie adaptativă sau dezgust față de abuzul simțit în trecut, dar neexprimat sau prin evocarea sentimentelor mai blânde, de liniștire, anterior inaccesibile, de tristețe în fața pierderii și de nevoie de alinare sau compasiune față de sine. Similar, frica dezadaptativă poate fi anulată prin tristețe adaptativă. Rușinea dezadaptativă, internalizată din disprețul celorlalți poate fi transformată prin accesarea furiei simțite din cauza abuzului suferit, prin accesarea autocompasiunii, mândriei și sentimentului propriei valori; furia în fața nedreptății suferite este un antidot pentru deznădejde și neputință. Tendința de a intra în pământ de rușine sau de a se prăbuși în neputință poate fi transformată de către tendința de a izbucni plin de furie în fața violării limitelor sau de către tendința de comunicare, susținută de tristețe. Emoțiile de abordare schimbă emoțiile de retragere: după ce emoția alternativă a fost accesată, ea transformă sau anulează starea inițială, și o nouă stare este construită. Așa cum am discutat mai devreme, introducerea noii experiențe prezente în amintirile activate ale evenimentelor trecute poate duce la transformare prin asimilarea materialului nou în vechile amintiri, în timpul reconsolidării memoriei. Deseori, este necesară o perioadă de liniștire și înțelegere a emoției dezadaptative, înainte de activarea unei emoții opuse.

Experiența emoțională corectoare. O altă modalitate de a transforma emoția este de a avea o nouă experiență trăită care schimbă un sentiment vechi; această nouă experiență trăită în prezența altuia oferă o experiență emoțională corectoare. Experiențele care oferă o alinare interpersonală infirmă convingerile patogene sau noile „experiențe de succes" pot corecta

tiparele stabilite anterior în viață. Un client care se confruntă cu rușinea în context terapeutic, dar experimentează acceptarea, în locul dezgustului sau denigrării la care se aștepta, are puterea să schimbe sentimentul de rușine. Experiențele emoționale corectoare din TCE au loc predominant în cadrul relației terapeutice, deși experimentarea lor în lumea exterioară este, de asemenea, încurajată.

Experiențele emoționale interpersonale corectoare apar în general pe tot parcursul procesului terapeutic, atunci când clientul îl simte pe terapeut drept cineva care este acordat la lumea lui interioară, pe care o validează. Terapia oferă noi oportunități pentru reglarea afectului cu ajutorul unui terț util, o nouă experiență a sinelui prin contactul cu celălalt și oglindire, precum și noi experiențe care promovează activarea schemelor emoționale adaptative alternative, care pot potența noi organizări ale sinelui. În totalitatea ei, relația autentică dintre client și terapeut și constanța acestei relații înseamnă o experiență emoțională corectoare. În plus, noile experiențe emoționale specifice, în prezența terapeutului, care oferă o anulare a tiparelor specifice ale experienței interpersonale, oferă cealaltă formă a experienței corectoare.

Când trebuie folosită activarea și când reglarea. Pe lângă aceste principii, în tratament, trebuie luate în considerare situațiile când trebuie activate emoțiile și când trebuie reglate, cât și care emoții anume trebuie reglate și cum se va face acest lucru. Emoțiile subreglate, care au nevoie de reglare în sensul diminuării, sunt în general fie emoții secundare — cum ar fi disperare și neputință —, fie emoții dezadaptative primare, cum ar fi rușinea de a se simți bun de nimic, sau anxietatea nesiguranței și panicii fundamentale, care în prezent nu pot fi conectate la cogniția

adaptativă din cauză că sunt atât de copleșitoare. Când distresul este atât de mare, încât emoția nu mai influențează gândirea și acțiunea adaptativă, emoția trebuie să fie reglată (Greenberg, 2014). Prin reglarea emoțiilor dezadaptative de rușine și a sentimentelor de vulnerabilitate, individul se distanțează de ele, în loc să fie copleșit. Cu toate acestea, în unele cazuri, reprimarea sentimentelor poate produce un efect de ricoșeu sau un sindrom de tip „ascunde-le și aruncă-le în aer" În multe situații, detașarea nu este utilă. În alte cazuri, indivizii pot să se detașeze eficient de emoție; această detașare poate facilita învățarea și memorarea. Prea multă emoție la o intensitate prea mare poate fi contraterapeutică. În clinică este esențial să știi când este cazul să distragi, când să reduci și când să facilitezi abordarea și intensificarea emoției.

Cum să accesezi emoții noi. Odată cu obiectivul de a schimba emoțiile cu emoții noi, se ridică următoarea întrebare: Cum facilitează terapeutul activarea noilor emoții? În continuare veți găsi câteva metode; acestea au fost elaborate în altă parte (Greenberg, 2014).

Acordajul empatic al terapeutului la afect susține permanent clienții în accesarea noilor sentimente. Diferite tipuri de empatie, de la simpla înțelegere a reacțiilor empatice până la reacții de validare și evocatoare, și reacții exploratorii și conjecturale ajută clienții să-și acceseze și simbolizeze emoțiile. *Explorarea empatică*, modul fundamental de intervenție în TCE, este o reacție focalizată pe diferențierea acelei emoții care reprezintă vârful de lance al experienței clientului — aceea care este cea mai vie sau emoționantă sau implicită — pentru a o ajuta să se desfășoare. Dacă răspunsul unui terapeut este structurat astfel încât se încheie cu focalizarea asupra aspectului care pare cel mai viu

din declarația unui client, atenția clientului este, în schimb, concentrată asupra acestui aspect al experienței sale, astfel încât el poate să diferențieze mai bine acest vârf de lance al experienței sale. Prin explorare verbală empatică și preocupându-se în fiecare moment de aspectele cele mai emoționante din narațiunea verbală și nonverbală a clientului, terapeutul îl poate ajuta pe acesta să capteze experiențele mai deplin decât din descrierile pe care le face. În acest fel, clienții sunt susținuți să simbolizeze în conștiință experiența anterior implicită. Atragerea atenției asupra procesului implicit (de exemplu, „Nu sunt sigur, dar era această tristețe") și explicarea lui deschid posibilitatea explorării originii sau funcționării acelui proces și adaptării condițiilor interioare și exterioare, astfel încât emoția să poată fi acceptată și îngrijită pe deplin. De exemplu, terapeutul ar putea spune: „Nu sunt sigur că am dreptate, dar acum, când vorbeai despre soțul tău și despre faptul că nu se află lângă tine, am simțit o tristețe și apoi mi s-a părut că ți-ai ținut respirația și tristețea a dispărut. Așa este?" Clienta și terapeutul pot apoi explora împreună ce o împiedică pe clientă să tolereze tristețea. *Supoziția empatică* merge dincolo de explorare, ghicind ceea ce simte clientul: este o bănuială pe care terapeutul o oferă fără ca aceasta să presupună că bănuiala este corectă. Este mai curând o întrebare decât o interpretare.

Când clienții au dificultăți de a-și găsi cuvinte pentru experiențele lor, supozițiile unui terapeut îi pot ajuta să verifice acest lucru în cazul experiențelor simțite la nivel corporal, să vadă dacă există vreo potrivire și să corecteze această simbolizare a experienței lor, dacă este necesar. De exemplu, un client poate spune: „Când mi-am dat seama că ea a plecat de la petrecere și nici măcar nu mi-a spus că pleacă, m-am simțit foarte

 prost“ Terapeutul răspunde: „… foarte prost… ca și cum ai fi fost abandonat…?“ Clientul apoi spune: „Da, și ca și când nu aș fi fost important pentru ea…“ Când clienții nu au cuvinte pentru ceea ce simt și rămân tăcuți, terapeuții încearcă să „spună nespusul“ în locul lor, oferind cuvinte și rupând tăcerea (Gendlin, 1996). Acest lucru este posibil când un client se află într-o stare de excitație crescută și plânge în tăcere, de exemplu. Terapeutul va oferi supoziții empatice, spunând de pildă: „Este atât de dureros… atât de trist să pierzi toată dragostea și sprijinul acesta“ Dacă respectivul client este de acord fie verbal, fie printr-o exprimare nonverbală congruentă, cum ar fi încuviințarea din cap sau plâns intensificat, terapeutul presupune că se află pe calea cea bună și va continua să-și ajute clientul să simbolizeze și diferențieze experiența.

Pe lângă empatie, terapeuții pot să-și ajute clienții să acceseze noile emoții subdominante care apar în prezent prin comutarea atenției către emoțiile pe care clientul le simte în prezent, dar se află la periferia conștiinței sale. Această comutare îi ajută pe clienți să se lase reorganizați de noua emoție simțită. Terapeuții utilizează, de asemenea, atenția clienților, punându-i să se concentreze asupra senzației pe care o simt în corp, să o urmărească și să o simbolizeze în cuvinte sau imagini (Gendlin, 1996).

Travaliul terapeutic implică și experimente de sugestie: terapeutul oferă sugestia: „Încearcă asta“, urmată de: „Ce simți?“ Experimentele din TCE sunt proiectate pentru a facilita accesul la experiență prin articularea emoțiilor și nevoilor primare, acceptarea și transformarea emoțiilor dureroase și nerezolvate și explicarea sentimentelor și semnificațiilor implicite. Experimentele importante implică folosirea punerii în scenă și a imageriei pentru trezirea emoțiilor, reamintirea unei perioade

în care clientul simțea o anumită emoție, schimbarea felului în care clientul vede lucrurile sau chiar exprimarea emoției de către terapeut, în locul clientului. Odată accesate, aceste noi resurse emoționale încep să anuleze programul motor psihoafectiv care determinase anterior modul de procesare al persoanei respective. Noile stări emoționale le permit indivizilor să pună la îndoială validitatea percepțiilor sinelui/altora conectate la emoția dezadaptativă, slăbind astfel influența pe care aceste percepții o au asupra lor.

Modul esențial de activare a unei noi emoții este concentrarea pe ceea ce este necesar (Greenberg, 2014). Esența acestui proces este următoarea: când emoțiile dezadaptative de bază de frică, rușine sau tristețe sunt accesate de către client, se mobilizează nevoile de bază de conectare și validare. Dacă acești clienți pot fi ajutați să simtă că au meritat nevoia anterior nesatisfăcută, este generată o emoție mai adaptativă aflată în legătură cu nevoile lor care nu au fost îndeplinite. Când clienții pot valida faptul că au meritat să fie iubiți sau apreciați, sistemul emoțional consideră automat că nevoile nu au fost satisfăcute și generează fie furie pentru că au fost nedrept tratați, fie tristețe pentru că au ratat ocazia de a-și satisface nevoile. Aceste noi sentimente adaptative au devenit o nouă reacție la vechea situație și anulează sentimentele dezadaptative. Rezultatul este o negare implicită a sentimentului că individul nu merită iubire, respect și conectare. Punerea în opoziție a celor două experiențe, „Nu merit și nu pot fi iubit“ și „Merit să fiu iubit sau respectat“, susținută de furia sau tristețea adaptativă ca reacție la aceeași situație evocatoare, produce o reorganizare care anulează starea dezadaptativă și conduce la o nouă autoorganizare. Aceste noi sentimente au fost simțite în situația inițială, dar nu au fost exprimate sau

sunt simțite acum ca reacție adaptativă la vechea situație. De exemplu, accesarea furiei adaptative implicite în cazul unui atac poate schimba frica dezadaptativă la un individ supraviețuitor al unei traume. Când tendința de a te refugia în frică este transformată de tendința furiei de a forța înainte, se formează o nouă poziție relațională în care atacatorul este considerat responsabil de delict. Accesarea nevoilor adaptative acționează automat ca o infirmare a sentimentelor dezadaptative, iar convingerile și noua experiență schimbă vechea experiență. Astfel, TCE implică o combinație de elemente susținătoare și elemente conducătoare; cu toate acestea, elementele susținătoare au prioritate în fața celor conducătoare. Clienții mai suferinzi și mai evitanți obțin deseori beneficii de pe urma tehnicilor adiționale de ghidare a procesului și de coaching emoțional, ce cuprind o formă de reparentaj emoțional care implică alinare și compasiune. Cu toate acestea, clienților cu un loc al controlului mai mare sau cu stiluri mai reactive, ori acelor clienți care sunt mai fragili li se potrivește mai multă susținere responsivă și mai puțină ghidare.

Formularea cazului

Formularea cazului în TCE are loc în principal prin luarea pulsului emoțional al clientului de către terapeut. Acesta este atent la cea mai dureroasă emoție care pare să fie cheia suferinței clientului. Preocuparea principală a terapeutului este să urmărească procesul clientului: mai curând să identifice durerea de bază și să reacționeze la *markerii* îngrijorărilor emoționale actuale decât să încerce să formuleze o imagine a personalității rezistente a individului, a dinamicilor caracterului sau a unui tipar relațional de bază. Procesul este privilegiat în fața conținutului,

iar durerea clientului este cea care ghidează procesul spre preocupările centrale ale acestuia.

Prima fază a formulării implică observarea stilurilor emoționale de procesare ale clienților; observațiile vor ghida apoi modalitatea de lucru cu emoția. Pe măsură ce clienții își dezvoltă povestirea, terapeuții acordă o atenție specială tonului emoțional, faptului dacă emoțiile sunt suprareglate sau subreglate sau dacă individul are un stil intern sau extern de procesare. A doua fază a formulării implică configurarea, împreună cu clientul, a unui punct focal care este identificat prin urmărirea emoției dureroase de bază din narațiunea clientului. Această fază implică formularea schemei emoționale dureroase de bază a clientului. Urmărind busola durerii, terapeutul și clientul ajung la înțelegerea reciprocă a sentimentului dureros de bază al clientului. Odată ce a formulat emoțiile dureroase ale clientului, terapeutul trece la al treilea stadiu al procesului de formulare: efectuarea mai multor formulări orientate spre proces pe parcursul timpului. Acum, punctul central îl constituie formulările clipă de clipă a ceea ce se întâmplă în prezent și formulările cu micromarkeri ale stărilor actuale ale clientului, pentru a ghida intervenția (Goldman și Greenberg, 2015).

Intervenția ghidată de markeri

Cursul terapiei este stabilit de abilitatea perceptuală a identificării *markerilor* problemei, care sunt indicatori ai oportunității intervenției, precum și de abilitățile executive care ghidează intervenția. Intervenția ghidată de markeri este o trăsătură definitorie a abordării TCE. Cercetările au demonstrat că indivizii intră în stări specifice de procesare emoțională problematică,

identificabile prin intermediul declarațiilor și comportamentelor din cadrul ședinței de terapie, care marchează probleme afective implicite. Acești markeri creează oportunități pentru anumite tipuri de intervenție afectivă (Greenberg et al., 1993; Rice și Greenberg, 1984). Markerii clientului indică nu numai starea lui și tipul de intervenție care trebuie utilizată, ci și disponibilitatea curentă a clientului de a lucra asupra acelei probleme. Terapeuții centrați pe emoție sunt antrenați să identifice markerii diferitelor tipuri de probleme ale procesării emoționale și să intervină în moduri specifice adecvate (Elliott, Watson, Goldman, și Greenberg, 2004). Fiecare dintre aceste sarcini a fost studiată intensiv și extensiv, iar studiile au specificat componentele-cheie ale modului de rezolvare și forma specifică pe care o ia rezolvarea (Greenberg, 2017; Greenberg și Malcolm, 2002; Greenberg și Webster, 1982; Watson, 1996). Modelele procesului de schimbare acționează ca hărți care ghidează intervenția terapeutului. Au fost studiați următorii opt markeri, intervenții și procese de rezolvare, investigate empiric:

1. *Reacțiile problematice* (Rice și Greenberg, 1984) sunt oportunități pentru un proces de intervenție care implică evocarea vie a experienței, pentru a încuraja reexperimentarea situației, astfel încât persoana ajunge la semnificația implicită a situației care explică reacția. Aceste reacții sunt exprimate prin confuzii referitoare la răspunsuri emoționale sau comportamentale la anumite situații. De exemplu, când un client spune: „Pe drum spre cabinet am văzut un câine cu ochii plângăcioși și m-am simțit brusc foarte trist, nu știu de ce“

2. *Sentimentul neclar* (Gendlin, 1996) este atunci când individul se află la suprafața experienței sale ori se simte derutat și nu este în stare să deceleze un sentiment clar față de aceasta; de exemplu: „Am sentimentul ăsta, dar nu știu ce este" Un sentiment neclar necesită focalizarea (Gendlin, 1996) în care terapeutul îl ghidează pe client să abordeze aspectele întrupate ale experienței sale, cu atenție, curiozitate și disponibilitate pentru experimentarea acelor aspecte și pentru verbalizarea senzației simțite la nivel corporal.
3. *Clivajele autocritice* (Greenberg, 2017), situația în care un aspect al sinelui este critic sau coercitiv cu celălalt aspect al sinelui oferă oportunitatea lucrului cu tehnica dialogului dintre două scaune. Două părți ale sinelui sunt puse în dialog, iar rezolvarea apare sub forma îmblânzirii vocii critice și integrării părților.
4. *Clivajele de autoîntrerupere* (Greenberg, 2017) apar atunci când o parte blochează sau întrerupe experiența și exprimarea emoțională; de exemplu: „Am simțit cum îmi dau lacrimile, dar m-am încordat și nu le-am lăsat să iasă. În niciun caz nu o să plâng". În intervenție, clienții se experimentează ca un agent al procesului închiderii și apoi provoacă acea parte a sinelui care întrerupe, cu nevoia de autoexprimare.
5. *Treburile neterminate* (Greenberg, 2017; Perls, Hefferline, și Goodman, 1951) sunt un marker care implică afirmarea unui sentiment nerezolvat persistent față de o persoană apropiată și este o ocazie pentru o intervenție de tip dialogul cu scaunul gol. Acest dialog activează perspectiva interioară a clientului referitoare la celălalt semnificativ și-l ajută să exprime și să-și interpreteze reacțiile emoționale față de

celălalt. Apar modificări în perspectiva asupra altuia și asupra sinelui.

6. *Vulnerabilitatea* (Greenberg et al., 1993) este un marker care indică apariția unui profund sentiment de fragilitate, epuizare, slăbiciune, rușine sau neputință. Cea mai utilă este afirmația empatică, în care terapeutul este complet prezent și acceptă și validează orice simte clientul, prin aceasta permițându-i să fie acolo unde este. Acest lucru îl ajută pe client să se cufunde în experiență și să ajungă la nivelul cel mai de jos, înainte de a începe spontan să urce spre speranță.
7. *Durerea sau suferința emoțională* (Greenberg, 2015) este o ocazie pentru dialoguri de autoalinare și autocompasiune, cu scopul de a trezi compasiunea față de sine. De obicei, durerea apare în fața nevoilor interpersonale puternice (de exemplu, de iubire, de validare) care nu au fost satisfăcute de alții. Intervenția îi solicită clientului să se imagineze ca adult care intră din nou în scena evocată, care a provocat privare sau invalidare. Terapeutul apoi oferă un răspuns reparator sau un dialog, cerându-i clientului adult să aline copilul interior rănit.
8. *Temele pentru acasă ghidate de markeri*, teme referitoare fie la conștientizare, fie la schimbare, sunt date de terapeut clientului pentru a încuraja experimentarea în afara cabinetului. Temele sunt văzute mai degrabă ca exersarea unor situații care au apărut deja în cabinet decât ca locul schimbării (Ellison și Greenberg, 2007; Greenberg și Warwar, 2006). De exemplu, dacă într-o ședință clientul, în cadrul unui dialog între două scaune, devine conștient de vocea sa critică, terapeutul îi dă teme legate de conștientizare,

astfel încât clientul să poată exersa conștientizarea în timpul săptămânii și să fie conștient de această voce și de efectele ei. Dacă totuși apare o schimbare în timpul unei ședințe, iar vocea se îmblânzește și devine mai miloasă, terapeutul îi cere clientului să exerseze o atitudine mai blândă și mai miloasă pe parcursul săptămânii, pentru a consolida această schimbare.

TCE este o abordare care ghidează procesul, iar intervenția diferențială ghidată de markeri este o modalitate esențială prin care terapeutul ghidează clienții, în diferite forme ale procesării. Markerii sunt ocazii pentru tipuri particulare de intervenție care facilitează cel mai bine diferite tipuri de procesare emoțională, cele mai adecvate pentru diferite probleme. De exemplu, reevocarea situației și reexperimentarea sunt utile pentru rezolvarea reacțiilor problematice, în timp ce dialogul cu criticul este util pentru autocritică, iar exprimarea sentimentelor nerezolvate față de ceilalți semnificativi, în dialogul cu scaunul gol, este utilă pentru rezolvarea treburilor neterminate. Pe lângă cele patru principii directoare menționate — evaluarea emoțională, principiile schimbării emoționale, formularea cazului și intervenția ghidată de markeri — în lucrul cu emoția este necesară o serie întreagă de abilități importante.

Metode și abilități generale

Această secțiune se concentrează asupra metodelor și abilităților terapeutice utilizate pentru trezirea emoției în slujba conștientizării și transformării. Metodele includ o serie de reacții empatice care ghidează concentrarea atenției și stimulează

 emoția. Focalizarea este în primul rând asupra abilităților perceptuale de care are nevoie terapeutul, și apoi asupra microabilităților de intervenție.

Abilități perceptuale

Abilitățile perceptuale sunt necesare pentru a permite acordajul în fiecare moment la emoție. Pe măsură ce clienții își prezintă narațiunile, terapeuții trebuie să se întrebe, implicit: „Ce experiență este cea mai emoționantă sau mai dureroasă în această poveste? Această întrebare trebuie să ghideze ascultarea, mai ales la început. Relatările, care sunt presărate cu emoții și îl ating pe terapeut, sunt refractate într-un anumit fel către client, adâncite și explorate în detaliu, pentru a identifica emoțiile dureroase de bază. Pe măsură ce clienții vorbesc, terapeuții ascultă, din numeroasele lucruri pe care le spun clienții, unele care se evidențiază cu mai multă forță sau ca având o preocupare în spatele lor, care captează interesul terapeutului și solicită atenție. Ceea ce le face să se evidențieze poate fi o schimbare în tonul vocii, un oftat sau o schimbare în respirație, sau poate o intensitate emoțională sporită în corp, în expresiile faciale sau în postura fizică. Poate fi o exprimare emoțională mai puternică sub forma unor țipete de suferință sau a unor explozii de furie, sau poate fi confuzie combinată cu o imagine care brusc este mai difuză sau vagă. Toate sunt indicii ale emoției intense, iar terapeutul poate simți o durere în piept sau poate realiza că își ține respirația anticipatoriu, ceea ce îi indică faptul că atunci clientul relatează ceva important sau semnificativ (Greenberg, 2017).

Terapeuții centrați pe emoție adoptă noțiunea de *busolă a durerii*, care ghidează ședințele de terapie prin direcționarea

terapeutului spre durerea cronică a clientului (Greenberg, 2014; Greenberg și Paivio, 1997). Durerea emoțională este un indiciu puternic al faptului că respectivul client simte ceva care este distrus sau zguduit (Greenberg și Bolger, 2001). Terapeuții trebuie să audă durerea oamenilor, folosindu-se de diverse modalități senzoriale: văz, auz etc.. Scopul tratamentului este rezolvarea acestei probleme dureroase.

De asemenea, terapeuții trebuie să fie atenți la stilurile de procesare emoțională ale clienților, pentru a determina gradul de accesibilitate emoțională și acceptare imediată a TCE, precum și dacă este necesar un travaliu mai specific, pentru a spori accesibilitatea emoțională. O serie întreagă de caracteristici și dimensiuni ale modului de procesare trebuie luate în considerare în acest proces. În primul rând, atunci când există o exprimare emoțională activată din partea clientului, terapeutul, împreună cu acesta, trebuie să determine dacă exprimarea emoției este primară, secundară sau instrumentală. Pentru ca procesarea emoțională să fie productivă, trebuie accesate emoțiile primare. În felul acesta, terapeutul centrat pe emoții trebuie să știe cum să deceleze tipul de emoție exprimat: emoții primare adaptative și dezadaptative sau emoții secundare și instrumentale (vezi mai departe în acest capitol secțiunea „Cele două căi spre emoția adaptativă").

În general, când lucrează cu emoția, terapeuții trebuie să observe anumiți factori pentru a percepe emoția. Ei trebuie să fie atenți la exprimarea nonverbală, inclusiv la expresiile faciale, tonul vocii și modul în care lucrurile sunt spuse. Atunci când se exprimă o emoție adaptativă, ritmul corpului tinde să fie natural: întregul sistem al persoanei pare coordonat și congruent. Terapeuții trebuie să-și folosească cunoștințele despre reacțiile

 emoționale universale, precum și cunoștințele despre propriile reacții emoționale pentru a înțelege emoțiile clienților lor.

Observând modul în care clienții procesează emoția, terapeuții trebuie să observe caracteristicile vocii clientului, nivelul excitației emoționale, nivelul de experimentare și gradul de procesare productivă a unei anumite emoții. Caracteristicile vocii clientului reprezintă un ghid esențial. Caracteristicile vocale ale clientului au fost împărțite în patru categorii care se exclud reciproc și descriu un tipar reflectând desfășurarea momentană a atenției și energiei vorbitorului (Rice și Kerr, 1986; Rice și Wagstaff, 1967). Fiecare dintre cele patru categorii — vocea concentrată, vocea exterioară, vocea limitată și vocea emoțională — descrie un anumit tip de angajament. Vocea *concentrată* indică faptul că acel client și-a întors privirea înăuntru, își urmărește experiența interioară și încearcă să simbolizeze în cuvinte acea experiență. Vocea *exterioară* este indicată printr-un ton ritmic egal și energie orientată în exterior. Are o caracteristică de discurs repetat dinainte și îi lipsește spontaneitatea; de asemenea, pare că „vorbește pentru cineva" sau ține o conferință. Este puțin probabil să fie proaspăt experimentat conținutul ei. Vocea *limitată* are o energie scăzută și deseori este ascuțită, indicând faptul că afectul este strangulat și că probabil este greu de crezut. Tabloul clinic este unul de precauție. Vocea *emoțională* este indicată de emoția care răzbate din voce, în timp ce clientul vorbește. S-a ajuns la concluzia că prezența vocii concentrate și a celei emoționale este predictorul unui rezultat pozitiv al terapiei experiențiale (Rice și Kerr, 1986; Watson și Greenberg, 1996).

Excitația emoțională, așa cum este definită pe Scala Excitației Emoționale (Warwar și Greenberg, 1999), depinde de gradul de

intensitate din voce și din corp și de gradul de restricționare a exprimării. Cercetările au arătat că nivelurile moderate de excitație emoțională în combinație cu crearea de sens, și nu pura excitație emoțională crescută reprezintă un predictor al rezultatului pozitiv în terapiile experiențiale (Carryer și Greenberg, 2010; Missirlian et al., 2005; Warwar și Greenberg, 1999). Profunzimea experienței clientului (Klein, Mathieu, Gendlin, și Kiesler, 1969) diferă de excitație, pentru că descrie dimensiunea și calitatea explorării experienței interioare a clientului, pentru a obține înțelegerea de sine și a rezolva problemele. Scala Experimentării a fost studiată extensiv (Klein, Mathieu-Coughlan, și Kiesler, 1986) și în legătură cu rezultatul pozitiv în terapie.

Terapeuții au nevoie, de asemenea, să determine dacă emoția unui client este procesată productiv. Pentru a fi productive, emoțiile primare au nevoie de un anumit tip de procesare, la care TCE se referă în termeni de a *conștientiza* emoția și de *a fi în contact* cu ea. A fost realizat un sistem de măsurare a procesului emoțional productiv, pentru a putea prevedea cu o mai mare acuratețe rezultatul terapiei (Auszra et al., 2013). Acest sistem cuprinde șapte elemente: (a) observarea, (b) simbolizarea, (c) congruența, (d) reglarea, (e) acceptarea, (f) controlul și (g) diferențierea. La nivelul inferior al procesării emoției, clientul trebuie să observe o emoție primară activată pentru a fi conștient de ea. Odată ce o reacție fizică sau emoțională este observată, ea trebuie să fie simbolizată (respectiv, în general în cuvinte, dar poate fi și sub o altă formă, cum ar fi pictura sau mișcarea), pentru ca semnificația ei să poată fi înțeleasă complet. De exemplu, un client care își observă un sentiment spune următoarele:

Client: Nu știu ce simt. Doar că nu e bine.

Terapeut: (*spune ceva de genul*) Simt că a fost un fel de pierdere, poate tristețe sau dezamăgire [reacție exploratorie empatică].

Clientul: Da, am fost cu adevărat dezamăgit. Într-un fel, mi-a distrus niște speranțe [simbolizare].

Apoi, pentru ca un sentiment să fie congruent, ceea ce spune clientul trebuie să se potrivească cu ceea ce simte. Sentimentul de tristețe se potrivește cu o față și o voce triste, nu cu un zâmbet; furia este exprimată cu o anumită energie în voce și o postură asertivă, și nu cu o lipsă de energie vocală și o privire descurajată. Un alt aspect important al procesării emoționale productive este acceptarea experienței emoționale, în special acceptarea experienței emoționale neplăcute și dureroase.

De asemenea, experiențele emoționale trebuie să fie suficient de reglate pentru ca procesarea să fie productivă. Terapeutul trebuie să-și ajute clienții să-și dezvolte și mențină o anumită distanță „de lucru" față de emoție (Gendlin, 1996), astfel încât aceasta să nu fie copleșitoare. Distanțarea le permite clienților să se orienteze cognitiv spre emoția ca informație, ceea ce permite combinarea cogniției cu afectul. Procesarea emoțională productivă presupune, de asemenea, și faptul ca respectivul client să se simtă un agent activ, și nu o victimă pasivă, a emoției. Aceasta presupune asumarea responsabilității pentru experiența sa emoțională și acceptarea faptului că este mai curând o experiență personală decât una cauzată de vreun factor extern. Deținând controlul, clienții simt că ei dețin emoția (de exemplu, „Sunt trist"), și nu emoția pe ei (de exemplu, „Mă cuprinde cu totul").

Pentru ca emoția să fie productivă, pentru a fi folosită și pentru ca transformarea să aibă loc, exprimarea emoțională primară a clientului trebuie să fie diferențiată pe parcursul timpului. În principal, clientul nu trebuie să rămână blocat în emoție; mai curând, clientul trebuie să exploreze și să diferențieze noi aspecte ale experienței. Procesul emoțional al clientului este extrem de fluid.

Abilitățile de intervenție

Există trei tipuri de intervenție. Primul nivel implică *simbolizarea empatică,* în care terapeutul explorează empatic ceea ce este probabil ca un client să fi simțit într-o anumită situație și îl ajută să pună în cuvinte aceste experiențe emoționale. O atitudine exploratorie și curioasă îi permite clientului să accepte sau să nege starea emoțională presupusă. Al doilea nivel presupune *ghidarea atenției*. Terapeutul ghidează clienții în scopul intensificării conștientizării senzațiilor corporale sau tendințelor către acțiune care apar când se face referire la experiențe, scene, amintiri sau stări emoționale semnificative. Al treilea nivel, *experiența emoțională,* este activ stimulat prin evocarea amintirilor emoționale și reprezentărilor de sine și ale celuilalt, folosind dialogurile între două scaune și imageria. Intervențiile active ale terapeutului implică ghidarea procesului, nu a conținutului ședinței.

Relația joacă un rol esențial în accesarea și influențarea tipului de emoție experimentat și a modului în care este procesat. Atenția specială pe care terapeutul o acordă sentimentului și investigarea lui evocă emoția. Uneori, acest tip de ascultare atentă este o experiență pe care clienții nu au mai avut-o niciodată, astfel încât contactul vizual cu terapeutul poate evoca

durerea emoțională a singurătății, în același timp cu experimentarea unui sentiment profund de conectare cu terapeutul. Pentru unii clienți, cel mai important în accesarea emoției este să simtă apropierea și validarea terapeutului în relația terapeutică; pentru alții, indicațiile sau întrebările terapeutului sunt cele care evocă experiența emoțională automată.

Au fost delimitate tipuri diferite de empatie; ele se întind de la reacții empatice pur înțelegătoare la reacții validante și evocatoare, și la reacții exploratorii și conjecturale (Greenberg și Elliott, 1997; Rogers, 1957, 1959). Fiind atent clipă de clipă la aspectul cel mai emoționant din narațiunea verbală și nonverbală a clientului, explorarea empatică verbală a terapeutului poate ajuta la surprinderea experienței clientului mult mai deplin decât o pot face propriile descrieri ale clientului. Această explorare empatică îl ajută pe client să simbolizeze în conștiință experiența anterior implicită. Când reacția unui terapeut se încheie prin concentrarea asupra aspectului care pare cel mai viu din relatarea clientului, și atenția acestuia din urmă este concentrată asupra respectivului aspect al experienței sale. Clientul este apoi încurajat să facă diferența între firele conducătoare ale experienței sale. Cu toate acestea, empatia exploratorie de acest tip trebuie să fie echilibrată de înțelegerea empatică, pentru a oferi un cadru de siguranță, acceptare și validare.

Terapeutul poate, de asemenea, să-și ajute clientul să experimenteze un control sporit asupra procesului de intrare în contact cu emoțiile, de exemplu, prin centrarea asupra emoției și, în cantități mici, acceptarea ei, și apoi ghidarea clientului să depășească emoția prin reglarea ei și poate prin revenirea la ea. În alte cazuri, clienții este posibil să aibă nevoie de o explicație

mai bună a modului în care „trebuie mai întâi să te simți rău, ca să ajungi să te simți bine", pentru a-i ajuta să fie motivați și să învingă tendința de evitare. Uneori clienților li se poate părea dificil să-și mențină atenția asupra unei experiențe. În astfel de cazuri, terapeutul poate facilita abordarea emoției sugerându-i clientului: „Închide ochii și fii atent la acel loc din lăuntru în care simți emoția"

Folosind empatia, terapeutul îl încurajează pe client să observe experiența pe care o are la nivelul corpului; terapeutul poate întreba cu blândețe: „Ce nu e în regulă?" și apoi așteaptă. Este, de asemenea, punctul în care clientul trebuie să înțeleagă că unele cuvinte pot veni dintr-un anumit sentiment și pot avea un efect la nivelul experienței. Este esențial să simți o problemă ca pe un întreg și să lași ceea ce este important să apară din acea senzație corporală. Acest proces de focalizare reprezintă stilul fundamental de implicare într-o experiență internă care este încurajată.

Utilizarea de către terapeut a metaforei, a limbajului conotativ, a ritmului și tempoului limbajului poate declanșa experiența emoțională. Metafore cum sunt „este ca și cum ai fi fost folosit și apoi aruncat la groapa de gunoi". Sau „e ca și cum ai sfâșia cu un cuțit tapiseria minunată care este relația voastră" pot trezi sentimente intense de respingere sau pierdere. Anumite expresii pur și simplu ating un punct sensibil. Altă dată, imaginația sau activarea unei amintiri sunt cele care precipită experimentarea unei emoții. De exemplu, un client care își închipuie că mama sa foarte critică se află în scaunul gol din fața lui evocă frecvent o reacție instinctivă sau își imaginează un „eu" mic foarte diferit de toți ceilalți copii și poate vărsa lacrimi de tristețe pentru propria persoană. Faptul de a le cere

clienților să rememoreze amintiri ale experiențelor dureroase îi ajută să trezească emoția pe care au avut-o în acel moment. De exemplu, la un moment dat într-o ședință de terapie, terapeutul i-a cerut clientului să povestească amintirile legate de hărțuirea de care avea parte la școală; incidentul implica un atac fizic din partea altui elev. În timp ce-și reamintea și descria acest episod, bărbatul s-a simțit dintr-odată ca și cum s-ar fi aflat în corpul său de copil. A trăit sentimentele și senzațiile dureroase din acel moment.

Deseori, o secvență sau combinarea reacțiilor menționate sunt cele care activează emoția. Să luăm în considerare următoarea situație: în timpul unei ședințe de terapie în care clienta vorbește cu mama ei, adresându-se unui scaun gol, terapeutul facilitează experiența emoției folosind o serie de intervenții.

Luând pulsul emoțional al clientului, terapeutul aude tristețea apărând din spatele furiei.

Clientă: Da, sunt foarte furioasă pe tine pentru că mă torturezi. Mă chinuie. Mă afectează foarte, foarte des. Poate că nu în fiecare zi, dar foarte des. [Terapeut: Hmm.] Și mai sunt situații în viața mea când chiar aș vrea să fii lângă mine.

În acest moment, terapeutul acordat empatic facilitează focalizarea asupra tristeții și îi cere clientei să exprime ceea ce i-a lipsit. Folosirea verbului *a lipsi* este un mod mai puternic de a accesa tristețea decât a spune: „Povestește-mi de ce ești trist", pentru că verbul *a lipsi* ascunde dorul și este mai evocator:

Terapeut: Hmm. Spune-i pentru ce vrei să fie lângă tine. Ce ți-ai dorit, ce ți-a lipsit.

Clientă: Mi-e dor să pot merge acasă de Crăciun.

Terapeut: (*reflectă și validează*): Hmm, îmi lipsește o casă...

După un minut sau două în care continuă în același spirit, terapeutul îi adâncește experiența, folosind o imagine evocatoare a „unei mari prăpăstii în viața mea“:

Terapeut: Hmm. Mi-ai lipsit când aveam nevoie de cineva pe care să mă sprijin. [Clientă: Corect.] E o mare prăpastie în viața mea.

Clientă: Ți-am dus lipsa toată viața mea.

Acum terapeutul folosește repetiția și exagerarea, care subliniază sau amplifică ce s-a spus și se concentrează explicit de durere:

Terapeut: Poți să spui din nou: „Ți-am dus lipsa toată viața mea?“ Poți să-i spui mai multe despre ce ți-a lipsit, adică unde te doare, cât de mult ți-e dor de ea?

Combinația dintre acordajul empatic, focalizarea pe ceea ce a lipsit, o imagine evocatoare, precum și repetiția însoțită de o voce și o expresie facială liniștitoare stimulează nodurile unei scheme emoționale care acum este activată. Emoțiile clientei apar pentru prima dată:

Clientă: (*plânge*): Îmi e foarte greu să descriu cât de mult mi-e de dor de tine, sentimentul de pierdere din interior este... (*vocea se stinge*).

Terapeutul apoi validează sentimentul și încurajează exprimarea în continuare.

Terapeut: Da, este incredibil de dureroasă pierderea. [Clienta plânge.] Da, e important să-i spui despre lacrimile tale.

Clientă: (*plângând*) Plâng foarte des [Terapeut: Hmm.], aparent fără vreun motiv. Plâng, mă emoționez foarte tare chiar și în momente fericite [Terapeut: Hmm.] și credeam că nu are niciun sens atunci, dar acum cred că plâng pentru că mi-e dor de tine.

Terapeut: „Mi-e dor de tine“ Poți să mai spui asta o dată? „Vreau să fii lângă mine. Am vrut să fii lângă mine. Mi-e dor de tine“

Acestea sunt tipuri de microprocese terapeutice care duc la activarea emoției.

Așa cum am ilustrat mai sus, experiența emoțională este declanșată de indicația terapeutului de a exprima sentimentele în dialogul dintre două scaune. Exprimarea sentimentelor în cadrul acestui dialog activează sentimentele crude ale experienței emoționale. Supozițiile empatice ale terapeutului, de tipul „pur și simplu o mare prăpastie interioară“ sau „simt că există încă foarte multă tristețe în tine“, ajută clienții să-și acceseze și să-și simtă tristețea. Astfel de supoziții empatice sunt simțite adânc înăuntru și au efectul de a evoca sentimente de

tristețe. Ele parcă apasă pe un buton, iar clienții încep să simtă ceea ce spun.

Procesele de schimbare emoțională

Este util să înțelegem că cele două căi ducând către schimbarea emoțională depind de faptul dacă emoția negată anterior, la care clientul este ajutat să ajungă în terapie, este (a) o emoție adaptativă, cum ar fi doliul sau furia asertivă, care poate fi folosită drept ghid pentru schimbarea modului în care simte un individ; sau (b) o experiență dezadaptativă a sentimentului, să spunem, de lipsă de valoare cauzată de rușine, nesiguranță anxioasă cauzată de frică sau tristețea abandonului. Un alt proces important este lucrul cu instabilitatea emoției.

Cele două căi spre emoția adaptativă

Cele două căi spre emoția adaptativă primară trec prin emoția dezadaptativă primară trecută sau secundară. Cu prima cale este mai simplu de lucrat în terapie. Ea presupune o secvență în doi pași, de trecere de la emoții reactive secundare la reacții adaptative primare, ca de exemplu de la anxietate secundară (panică, furie) la furia adaptativă de bază, ca urmare a abandonului sau umilirii. Clientul este ajutat să „re-posede" emoția adaptativă, să o accepte și să o experimenteze în terapie, nu doar să vorbească despre asta sau să aibă un insight despre ea, ci să aibă și experiența viscerală a plânsului pentru ceea ce a fost pierdut sau a afirmării dreptului de nu a fi violat. Influențat și transformat de această emoție, clientul apoi simbolizează emoția, reflectează asupra ei pentru a crea o nouă semnificație și se decide cum să acționeze. Cu toate acestea,

 atunci când emoțiile primare nu oferă informații bune sau o orientare adaptativă față de situația actuală, ele reprezintă reacții dezadaptative care trebuie schimbate.

Când lucrează cu a doua cale, terapeuții își ajută în primul rând clienții să atingă emoția dezadaptativă, anterior negată, de furie din cauza abandonului sau rușine provocată de inadecvare, prin acordajul empatic la afect sau prin stimulare folosind dialogurile între două scaune ori imageria. Acest travaliu implică fie o secvență în doi pași — de trecere de la emoții reactive secundare la emoții dezadaptative primare —, cum ar fi de la anxietate secundară la rușine dezadaptativă implicită, fie o secvență în trei pași, de trecere de la emoția secundară, cum ar fi suferința depresivă, la sentimentul dezadaptativ de bază al lipsei de valoare cauzate de rușine sau la frica nesiguranței fundamentale, către emoția adaptativă, cum ar fi tristețea sau durerea, furia asertivă sau autocompătimirea (Greenberg, 2015; Greenberg și Paivio, 1997). S-a demonstrat că aceste procese sunt buni predictori în TCE (Herrmann et al., 2016; A. Pascual-Leone și Greenberg, 2007).

Lucrul cu instabilitatea emoției

Când emoțiile sunt supraactivate în viață sau în ședință și nu mai pot fi conectate cu cogniția, este necesară o formă de reglare a emoției. Emoțiile trebuie să fie reglate în ședință, pentru a reactiva crearea de semnificație, în timp ce abilitățile de reglare trebuie să fie dezvoltate pentru a fi folosite în afara cabinetului, pentru a ajuta indivizii să se descurce (respectiv, reglare intenționată). În general, au nevoie de reglare fie emoțiile secundare simptomatice — cum ar fi disperarea, deznădejdea sau anxietatea —, fie emoțiile dezadaptative primare, cum sunt frica

sau panica traumatică și copleșitoare. Oamenii vin la terapie pentru a scăpa de aceste emoții, ca să se poată adapta mai bine vieților lor. Pentru unele suferințe psihice care implică autovătămarea, trauma și funcționarea borderline, instabilitatea emoțiilor este problema care duce la aceste comportamente disfuncționale (Linehan, 1993). Aceasta necesită autoliniștirea, al cărei obiectiv este reglarea prin scăderea excitației emoționale.

Un pas timpuriu important în reglare este capacitatea de a-ți reprezenta emoția. Individul trebuie să eticheteze ceea ce simte, pentru a fi capabil să-și regleze emoția. El poate folosi apoi abilitățile de distragere și de tolerare a distresului (Linehan, 1993). Tolerarea distresului include o respirație concentrată și o conștientizare concentrată a emoției. Abilitatea de a-ți regla respirația și a-ți observa emoțiile, precum și abilitatea de a le permite acestora să vină și să plece sunt procese importante care contribuie la reglarea distresului emoțional. Aceste procese presupun autoliniștirea, pentru a ajuta clientul să facă față emoției.

Dezvoltarea autoliniștirii automate în scopul transformării emoțiilor subiacente este altceva. Această formă de autoliniștire transformațională presupune activarea suferinței emoționale nerezolvate — chinul emoțiilor dureroase care în trecut nu au primit niciodată alinarea necesară — și scăderea amenințării izolării sau dezintegrării prin furnizarea unei noi experiențe liniștitoare în prezent. Odată ce a fost evocată amintirea schematică a unei emoții dureroase, alinarea emoției poate fi furnizată fie de individ (din reflex), fie de către o putere interioară, fie de către o altă persoană. Să observăm diferența față de autoliniștirea cu scopul de a face față emoției, care este o abilitate folosită în mod deliberat pentru abordarea instabilității simptomatice pe care individul trebuie să o depășească, în

 timp ce liniștirea transformațională se concentrează asupra alinării emoțiilor dureroase nerezolvate ale trecutului, pentru a rezolva amenințarea trecută și a dezvolta într-un final liniștirea automată.

Primul pas în susținerea dezvoltării reglării automate a emoției este furnizarea unui mediu empatic sigur, liniștitor, validant. Alinarea se întâmplă interpersonal sub forma acordajului empatic la afectul individului și prin acceptarea și validarea de către o altă persoană. Capacitatea de autoliniștire se dezvoltă inițial prin internalizarea funcțiilor de liniștire ale terțului protector (Sroufe, 1996; Stern, 2019) și, în timp, ajută clienții să dezvolte o autoliniștire de bază, abilitatea de a-și regla automat sentimentele, fără efort intenționat. Siguranța internă se dezvoltă prin sentimentul că exiști în mintea și în sufletul celuilalt, prin aceasta individul fiind capabil să-și liniștească sinele. Prin activarea compasiunii și prin discuțiile reconfortante cu sinele în cadrul dialogului dintre două scaune, care implică îngrijirea sinelui rănit, terapeuții TCE își ajută clienții să-și dezvolte autocompasiunea și abilitățile de autoliniștire.

Emoția în relațiile interpersonale

Abordarea centrată pe emoție aplicată conflictului interpersonal consideră ciclurile interacționale negative, combinate cu sentimentele vulnerabile subiacente neexprimate, drept o sursă majoră de suferință în cuplu. Interacțiunile unui cuplu apar în zona afilierii și influenței (Benjamin, 1996) și evoluează în cicluri negative atunci când emoțiile care semnalizează urgența, având sediul în amigdală, sunt activate prin amenințări

la adresa identității și siguranței, iar partenerii încep să exprime mai degrabă emoții defensive secundare decât emoții vulnerabile primare. Conflictul este considerat a fi rezultatul escaladării interacțiunilor care se rigidizează în cicluri interacționale negative, în încercări nechibzuite de a-și calma emoțiile și a-și satisface nevoile. În general, ciclurile interacționale negative sunt considerate a fi acționate de emoții reactive secundare, cum ar fi furie și dezinteres, care ascund emoții de bază cu acțiune mai rapidă (de exemplu, frică, tristețe, rușine) care iau naștere din nesatisfacerea nevoilor de atașament și nevoilor de identitate fundamentale, care nu sunt satisfăcute. Toate sunt exacerbate de inabilitatea fiecărui partener de a-și liniști propriile emoții.

Așa cum s-a revelat în terapie, nevoile care par că s-au dezvoltat și care par a avea cea mai mare importanță pentru majoritatea oamenilor aflați într-o relație de cuplu sunt atașamentul, validarea identității și afecțiunea/iubirea (Greenberg și Goldman, 2008). Nevoia de atașament securizant, de apreciere din partea celorlalți, de control, de afecțiune și noutate sunt esențiale pentru dezvoltarea sănătoasă (Bowlby, 1969; White, 1959). Aceste emoții oferă liniștea, sentimentul valorii, mândria și bucuria, precum și interesul și entuziasmul necesare organismelor pentru a înflori. Aceste emoții se dezvoltă din procesele fundamentale ale reglării afectului și creării de sens care lucrează în slujba supraviețuirii. Totuși, relațiile sunt esențiale pentru satisfacerea acestor nevoi, iar partenerii simt o suferință enormă când ele nu sunt satisfăcute.

Pentru cuplurile aflate în suferință, cea mai bună cale de a se elibera de durerea pe care partenerii și-o provoacă reciproc este să-și dezvăluie unul altuia atașamentul vulnerabil, precum și emoțiile și nevoile legate de identitate, care se află la baza

 suferinței lor, să fie receptivi la sentimentele celuilalt și să fie totodată capabili să se autoliniștească dacă celălalt este indisponibil (Greenberg și Goldman, 2008; Greenberg și Johnson, 1988). Vulnerabilitatea dezarmează și trezește compasiune. Dezvăluirea furiei față de cel drag stabilește niște limite și, deși pare asertivă, este riscantă prin faptul că îl face pe individ vulnerabil la abandon. Prin urmare, dezvăluirea emoțiilor și nevoilor vulnerabile, în legătură cu atașamentul și identitatea, care se află la baza pozițiilor interacționale, este considerată un mijloc ideal de schimbare a ciclurilor interacționale negative. La indivizii mai perturbați, care devin cu ușurință instabili emoțional, este posibil să fie nevoie să fie plasată în centrul atenției și capacitatea de autoliniștire. Sarcina fundamentală a terapiei este de a identifica ciclurile negative în legătură cu amenințările la adresa siguranței și identității, de a genera cicluri interacționale pozitive prin determinarea partenerilor să dezvăluie emoții și nevoi adaptative, în legătură cu atașamentul și identitatea, și de a reacționa la ele prin găsirea unor noi modalități de a le gestiona.

Terapia de cuplu centrată pe emoții (TCCE) se concentrează asupra exprimării emoțiilor vulnerabile subiacente, pentru a schimba interacțiunile negative. Cercetarea a descris aceste procese de schimbare și a demonstrat că TCCE este eficientă (Greenberg și Goldman, 2008; Johnson, Hunsley, Greenberg și Schindler, 1999). McKinnon and Greenberg (2013) au validat faptul că în mod specific exprimarea vulnerabilității emoționale este un factor de predicție pentru schimbările pozitive; cuplurile preferă ședințele în care sunt exprimate emoțiile vulnerabile. Reacțiile de afiliere ale partenerilor sporesc valoarea predictivă; cu toate acestea, esențială este exprimarea vulnerabilității.

TCE este construită pe o relație empatică, de apreciere autentică și reglare a afectului, în care terapeutul este pe deplin prezent, foarte acordat și receptiv în mod sensibil la experiența emoțională de fiecare clipă a clientului. Terapeutul ia constant pulsul emoțional al clientului. Terapeutul este respectuos, tolerant și congruent în comunicarea lui cu clienții. Relația este curativă în sine, prin aceea că empatia și toleranța terapeutului încurajează spargerea izolării și validarea emoției dureroase, precum și întărirea sinelui și o mai mare autoacceptare. Relația cu terapeutul oferă un tampon puternic pentru distresul clientului, prin efectul de coreglare. O relație cu un terapeut acordat, receptiv, care oferă oglindire, furnizează în timp o reglare interpersonală a afectului, care se internalizează în autoliniștire și capacitatea de a regla stările interne (Schore, 2002; Stern, 2019). Când are loc o conexiune empatică între client și terapeut, sunt afectați centrii de procesare a afectului din creier și noi posibilități se deschid pentru client. Acest tip de relație creează un mediu terapeutic optim care contribuie la reglarea afectului și îl ajută pe client să se simtă suficient de sigur ca să se angajeze complet în procesul de explorare a sinelui și de achiziții a noi deprinderi. Pe lângă faptul că este vindecătoare, relația terapeutică încurajează explorarea și transformarea emoției și crearea de noi semnificații.

În terapie, terapeuții centrați pe emoții trebuie să lucreze cu două categorii principale ale emoției lor. Prima este propria frică de emoție, combinată cu sentimentele supraprotectoare care îi împiedică să intre mai adânc în sentimentele dureroase ale clienților sau să evite clienții atunci când sentimentele acestora

 sunt prea greu de suportat de către terapeut. Cealaltă este reprezentată de reacțiile personale ale terapeutului la clienții înșiși, mergând de la așa-numitele sentimente de contratransfer, cum ar fi durerea provocată ca răspuns la durerea clientului, sentimente de furie îndreptată spre client sau de rușine, plictiseală, atracție sexuală. Eu nu văd aceste sentimente în termenii conceptului de contratransfer; mai curând, consider că ele sunt prezente în cadrul reacțiilor interpersonale dintre oameni, bazate pe ceea ce sunt ei și ceea ce se întâmplă între ei. Geller și Greenberg (2012) au sugerat faptul că abilitatea terapeutului de a fi pe deplin prezent și angajat îl ajută să fie conștient și să-și gestioneze propriile emoții, și ajută clienții să se simtă în siguranță în cadrul relației terapeutice.

Prezența terapeutică presupune deplina implicare a terapeutului la diferite niveluri: fizic, emoțional, cognitiv, spiritual și relațional (Geller și Greenberg, 2002, 2012; Geller, Greenberg, și Watson, 2010). Când un terapeut este pe deplin prezent și receptiv cu un client, această atitudine îi trimite individului mesajul că va fi auzit, simțit și înțeles, ceea ce îi trezește un sentiment de siguranță. Când clienții se simt înțeleși de terapeut, creierul lor se află într-o stare de neurocepție a siguranței (Porges, 1998, 2007, 2011). *Neurocepția* este un proces neurologic care evaluează riscul, în mod constant și automat, și declanșează reacții fiziologice adaptative la semnale de siguranță, pericol sau amenințare a vieții. Porges (2011) a demonstrat că instabilitatea poate fi stabilizată printr-o expresie facială caldă, printr-o postură corporală deschisă, prin tonul vocii și prin prozodie (ritmul vorbirii). Când siguranța este percepută pe aceste canale, ritmul cardiac încetinește și sunt induse stări de calm care reglează mușchii faciali: există o conexiune față–inimă prin care prozodia vocală

și expresia facială le comunică celorlalți starea psihică prezentă a individului. În prezența cuiva cu care un individ se simte în siguranță, apărările sunt inhibate pe măsură ce reacțiile fiziologice se liniștesc, iar strategiile defensive sunt înlocuite cu gesturi asociate cu sentimentul de siguranță, cum ar fi interacțiuni spontane care reduc distanța psihologică și fizică.

Prezența are un alt rol important în sprijinirea terapeuților să-și gestioneze experiența emoțională în terapie. Deși prezența nu este o emoție specifică, este un mod de a fi care vorbește despre felul în care se simte un terapeut într-o ședință și, de aceea, este foarte relevantă pentru modul în care terapeutul gestionează sentimentele. Dacă sentimentele se acumulează în terapeut, prezența presupune ca el să fie conștient de ele și să le folosească într-un mod facilitant. Greenberg și Geller (2001) au evidențiat principiile *congruenței*, care presupun să fii conștient de ceea ce simți și să fii transparent. A fi congruent din punct de vedere terapeutic se bazează pe trei factori: în primul rând, pe atitudinea respectuoasă a terapeutului, care nu face judecăți morale; în al doilea rând, pe anumite procese, cum ar fi abilitățile de facilitare și autenticitatea disciplinată, iar în al treilea rând, pe caracterul cuprinzător. Autenticitatea disciplinată necesită ca terapeuții să fie conștienți de nivelul lor cel mai profund de experiență, pentru a se asigura că ceea ce se exprimă este un sentiment de bază primar, și nu unul secundar. Mai departe, terapeuții trebuie să își manifeste cu claritate intenția de a-și împărtăși experiența — pentru facilitarea clientului sau a relației, nu pentru ei înșiși —, iar ei trebuie să simtă care este cel mai bun moment pentru dezvăluire.

O altă caracteristică a congruenței este caracterul cuprinzător, care presupune „a spune tot despre asta". Terapeutul exprimă

nu numai aspectul central sau focal al sentimentului trăit, ci și metaexperiența: sentimentul trezit de sentimentul trăit și comunicat. A spune că te simți iritat sau plictisit nu înseamnă să spui totul. Terapeuții trebuie să-și comunice preocuparea și anxietatea față de faptul că acest „a spune tot despre asta“ este posibil să-i rănească pe clienții lor, trebuie să exprime faptul că ei comunică din dorința de a clarifica și îmbunătăți o legătură, nu de a o distruge.

Un aspect esențial al autenticității facilitatoare este poziția interpersonală a terapeutului față de exprimarea sentimentelor dificile. Modurile de a gestiona diferitele categorii de sentimente dificile implică mai curând adoptarea unei poziții de dezvăluire decât punerea în scenă. Exprimarea unui sentiment dificil într-o postură care dezvăluie, în loc să pună în scenă sau să exprime sentimentul, îi conferă acestuia caracterul facilitator. Punerea în scenă înseamnă să fii furios, trist sau înspăimântat, în timp ce dezvăluirea înseamnă să împărtășești faptul că te simți într-un anumit fel, fără a demonstra explicit sentimentul. Dezvăluirea, implicită sau explicită, implică și transmite o disponibilitate sau un interes de a explora împreună cu celălalt ce anume este dezvăluit.

De exemplu, dacă este atacat sau se simte furios, terapeutul nu-și atacă la rândul lui clientul; el dezvăluie că se simte furios. Nu folosește un limbaj acuzator; el își asumă responsabilitatea pentru sentimentele sale și folosește discursul la persoana întâi, care ajută dezvăluirea sentimentelor. De exemplu, un terapeut poate spune: „Sunt oarecum iritat de faptul că te-am rugat în mai multe rânduri să-ți scoți pantofii dacă plouă sau ninge afară și totuși pare că îți este greu să faci asta“ Dezvăluirea trebuie să fie cuprinzătoare, astfel încât terapeutul să adauge:

„Sunt nervos că trebuie să spun asta" și „Mă preocupă faptul că te-ai putea simți prost când spun asta". Mai presus de toate, terapeuții nu adoptă o poziție escaladantă în această comunicare; ei exprimă deschis sentimentele de frică, furie sau supărare într-un mod vulnerabil. Când terapeutul experimentează sentimente de neafiliere, de respingere sau pierdere a interesului, abilitatea interacțională presupune ca el să fie capabil să dezvăluie aceste sentimente în contextul comunicării congruente a faptului că nu-și dorește să se simtă în acel fel. Terapeutul dezvăluie sentimentele ca pe o problemă care îi stă în cale, precum și faptul că încearcă să repare distanța, astfel încât să poată să înțeleagă mai bine și să fie mai aproape de client. Esențialul în comunicarea sentimentelor care ar putea fi percepute ca negative este adoptarea unei poziții interacționale de dezvăluire și a unei modalități congruente nedominante și afiliative de exprimare. Nu conținutul dezvăluirii este esențial în atitudinea facilitatoare, ci postura interpersonală de dezvăluire într-un mod facilitator.

Studii de caz

Urmează două scurte studii de caz. Primul exemplu este dintr-o ședință care a fost înregistrată și poate fi urmărită în seria video publicată de Asociația Americană de Psihologie, *Terapia centrată pe emoții în cazuri de depresie* (American Psychological Association, 2007). Al doilea studiu de caz nu seamănă cu niciun caz individual, ci este un compozit realizat pentru a reprezenta aspecte ale formulării de caz și ale tratamentului în TCE.

Urmează un scurt schimb verbal client–terapeut, pentru a concretiza procesul central al TCE format din atingerea emoției, procesarea ei productivă și apoi părăsirea ei. Clienta este „Jennifer“[2], o tânără femeie de 29 de ani, care fusese abuzată fizic de către soțul ei, în urmă cu câțiva ani. În următorul dialog, ea își povestește experiența prezentă de depresie:

Jennifer: În momentul de față, simt că mă forțez să mă ridic din pat și să merg la muncă.

Terapeut: Forțare, mereu forțare. Mă întreb dacă poți respira și, știi, chiar să-ți poți lăsa lacrimile să vină dacă vrei, sau...? Pare că faci eforturi și ești la capătul lor, dar ele sunt importante — lacrimile. Așadar, este lupta asta de a te forța mereu. [Jennifer: Da.] Da.

Jennifer: Și mă obosește foarte mult. Mi-am luat licența și...

Terapeut: Dacă ai putea vorbi din partea lacrimilor sau dacă le-ai lăsa să vorbească, ce ar spune ele de fapt? „Mă simt...“?

Jennifer: Disperată. Simt că mă lupt și... [Ajunge la o emoție simptomatică secundară; îi acordă atenție și o simbolizează.]

Mai târziu, în aceeași ședință, ajunge la sentimentul dezadaptativ de bază, de rușine din cauză că și-a permis să rămână într-o relație abuzivă; acel sentiment este subiacent disperării ei depresive. Terapeutul își ghidează clienta spre experiența pe care a trăit-o la nivel corporal:

2 Pentru protejarea identității clientei, numele a fost schimbat.

Terapeut: Îmi imaginez că acest lucru ți-a provocat o durere în corp. Cum se simte durerea dinăuntru?

Jennifer: Se simte groaznic. Îmi vine să mă fac covrig și să-mi trag o pătură peste cap, ca să mă ascund. [Începe să ajungă la tendința către acțiune a sentimentului de bază de rușine, se concentrează asupra lui, îl simbolizează, acceptă, experimentează controlul, îl diferențiază.]

Faptul că a ajuns la durerea de bază o face dispusă la schimbare. Clienta exprimă apoi o furie care îi dă putere, afirmând că „aveam nevoie de înțelegere și validare pe vremea aia"; îi spune vocii interioare care o critică: „Nu mă mai învinovăți!" Cu ajutorul validării nevoilor sale, venită din partea terapeutului, ea începe să se simtă vrednică de nevoia de a fi înțeleasă și acceptată, în loc să se simtă vinovată. Își afirmă nevoia și apoi începe să se simtă mai receptivă la durerea ei; se simte iertătoare și mai iubitoare față de propria persoană. Acestea sunt noile emoții adaptative primare care îi transformă rușinea în autoacceptare și o liniște, precum și o bucurie interioară.

Cazul B

Acest caz exemplifică câteva tehnici specifice dintr-o terapie: formularea cazului, intervenția ghidată de markeri și schimbarea emoțională. Clienta, „Monica", o femeie de 39 de ani, relatează că se simte deprimată. Spune că probabil a fost deprimată cea mai mare parte din viață, dar că anul trecut a fost deosebit de rău. A încetat să mai lucreze și a căzut într-un tipar în care iese foarte rar din casă și la fel de rar răspunde la telefon sau la ușă. Relațiile cu familia de origine sunt dificile și deseori dureroase.

În primele câteva ședințe, terapeutul ascultă, folosind reacțiile înțelegerii empatice, explorarea și formulările pentru a-i comunica clientei faptul că înțelege. Din explorarea realizată în prima ședință, terapeutul a avut senzația că pe parcursul întregii copilării, până la maturitate, Monica s-a simțit singură și nesusținută. Ea își internalizase vocea critică a părinților săi și deseori se considera o ratată și, în contextul unui trecut abuziv fizic și emoțional, se simțise deseori în nesiguranță din punct de vedere emoțional și abandonată. În ceea ce privește stilul emoțional de procesare al clientei, terapeutul a observat că ea era capabilă să se concentreze asupra experienței sale interioare, în special ca răspuns la reacțiile empatice ale terapeutului. După cum relata, ea tindea să evite (așa cum fac mulți oameni) emoțiile dureroase și dificile. Pare a fi un tipar emoțional identificabil: ea intră într-o stare de disperare și neajutorare, ori de câte ori începe să simtă emoțiile primare de tristețe sau furie și când nu este capabilă să-și satisfacă nevoile de apropiere și acceptare.

Terapeutul oferă explicația că emoțiilor trebuie să li se acorde atenție pentru că furnizează informații și că emoțiile nerezolvate ale Monicăi sunt cele care conduc la ruminații. Urmărind busola durerii, terapeutul își ajută clienta să-și exprime durerea cronică de a se simți nesusținută și neacceptată de familie. Monica exprimă emoții intense, simțindu-se brusc copleșită la gândul că sprijinul și acceptarea nu vor veni niciodată și că, până la urmă, ea nu merită acest sprijin. Spune:

> Îmi spun o poveste din nou și din nou, până când o cred. Cred că este pur și simplu așa și nu poate fi reparată. Sau nu-mi pasă. Nu vreau să fie reparată... Că nu sunt iubită, că nu sunt la

fel de bună ca și ei. Știi, viața mea e haotică, iar a lor [a fraților și surorilor] pare să fie bună, viața lor pare mult mai ușoară.

În prima ședință, terapeutul aude posibili markeri ale unor „treburi neterminate" în jurul sentimentelor de a fi rău tratată de către familie, un clivaj autocritic între acea parte a sinelui care o etichetează pe clientă drept ratată și nedemnă de iubire, și acea parte care dorește iubire și acceptare. În a doua ședință, terapeutul și clienta se angajează într-un travaliu de tip dialog între două scaune referitor la atitudinea ei autocritică. În a treia ședință, Monica a povestit despre relația cu tatăl ei, despre modul în care nu a primit niciodată aprobarea lui. Ca răspuns, terapeutul inițiază un dialog cu scaunul gol, pentru a lucra împreună cu Monica asupra treburilor neterminate în ceea ce îl privește pe tatăl ei. În acest dialog cu tatăl, ea își exprimă durerea în fața incapacității tatălui de a o face să se simtă iubită:

Mă gândesc mereu că tu n-o să fii niciodată părinte, n-o să iei telefonul să mă suni ca să mă întrebi ce mai fac. Mă doare că nu mă iubești... Cred.

Termină ședința cu recunoașterea faptului că avea nevoie de acceptare. „Aveam nevoie, fiind copil, să fiu îmbrățișată din când în când sau să mi se spună că sunt în regulă. Cred că e ceva normal", spune ea.

Monica a strâns foarte multă ranchiună față de tatăl ei, din cauza maltratării la care fusese supusă în copilărie, dar tinde să minimalizeze acest fapt: „Era normal să primești câteva palme" Ea a internalizat acest lucru ca pe un sentiment de lipsă de

 valoare, considerându-se nedemnă a de fi iubită. Aceste îngrijorări subiacente se pretau în mod evident la sarcinile de procesare emoțională ale dialogului dintre două scaune, pe de o parte, pentru rezolvarea conflictului intern, și ale dialogului cu un scaun gol, pe de cealaltă parte, pentru rănile nerezolvate cauzate de o persoană apropiată. Între a patra și a noua ședință, clienta explorează criticul intern care încearcă să o protejeze prin control și negarea nevoilor, precum și sinele experimentator care dorește să fie iubit și acceptat. Ea continuă să definească și să vorbească cu ambele voci și exprimă o serie de sentimente, de la tristețe și furie, până la durere. Deznădejdea care era atât de dominantă în primele ședințe scade și, până la ședința a noua, devine inexistentă. Vocea care dorește iubire și acceptare devine mai puternică, iar critica se îmblânzește și exprimă acceptarea acestei părți a ei. În același timp, ea se simte mult mai bine, iar activarea sentimentelor negative descrește.

Prin accesarea mândriei și furiei și făcând doliul după pierderile sale, rușinea de bază este anulată. În acest fel, Monica începe să simtă că merită mai mult, iar acest sentiment îi schimbă percepția că incapacitatea tatălui ei de a o iubi a fost cauzată de faptul că ea nu merita să fie iubită. Ea îi spune acestuia în tehnica scaunul gol:

> Sunt furioasă pe tine pentru că tu crezi că ești un tată bun. Ai spus că nu ne-ai bătut niciodată, și asta e cea mai mare minciună de pe lume. Ne-ai sleit în bătaie constant, nu ne-ai arătat niciun pic de iubire niciodată, nu ai arătat niciun pic de afecțiune, nu ți-ai dat seama niciodată că suntem acolo, decât atunci când trebuia să facem curățenie sau diverse lucruri prin casă.

Procesându-și furia și tristețea și transformându-și rușinea, Monica adoptă o poziție mai compătimitoare și mai înțelegătoare față de tatăl ei. Într-un dialog cu scaunul gol, din ședința a zecea, ea îi spune tatălui:

> Înțeleg că ai avut parte de multă durere în viața ta și că probabil din cauza acestei dureri, din cauza lucrurilor pe care le-ai văzut, te-ai retras în tine. Te temi probabil să oferi iubire în felul în care ar trebui ea oferită și să te apropii prea mult de cineva, pentru că asta înseamnă că ai putea să îl pierzi. Știi, înțeleg asta acum, dar când eram copil nu am putut înțelege.

La sfârșitul ședinței, când vorbea despre dialog, Monica a spus: „Sunt ușurată că nu mai simt supărarea asta apăsându-mi pieptul" Clienta a continuat să descrie felul în care poate acum să accepte faptul că tatăl ei nu are mult de oferit, ceea ce duce la sentimente de mândrie și apoi bucurie, pentru că a putut depăși aceste sentimente.

Concluzie

Procesul fundamental al TCE este dezvoltarea conștientizării emoției de către client și distingerea reacțiilor emoționale sănătoase, care pot fi utilizate drept ghid, de cele dezadaptative, care trebuie schimbate și/sau reglate. Modul în care TCE lucrează cu emoția se focalizează pe ajutarea individului să „reintre în posesia" sentimentelor negate anterior și a nevoilor nesatisfăcute în copilărie și să gestioneze mai adecvat emoțiile dureroase. Obiectivele sunt activarea sentimentelor, recuperarea nevoii și

găsirea modurilor de reexperimentare a trecutului în prezent prin activarea noilor emoții, pentru a le schimba pe cele vechi. Aceste procese duc la autoreorganizare și la reducerea comportamentelor de evitare a sentimentelor și nevoilor dureroase, precum și/sau a modurilor dezadaptative de a satisface aceste nevoi sau a reacțiilor instabile în fața frustrării nevoilor.

Un principiu esențial al TCE este că, pentru schimbare, individul trebuie să simtă emoția. Cu toate acestea, oamenii nu-și schimbă emoțiile pur și simplu vorbind despre ele, înțelegându-le originile, deblocând conflictele inconștiente sau schimbându-și convingerile. Oamenii se schimbă prin acceptarea și experimentarea emoțiilor, prin reglarea lor atunci când sunt copleșitoare, prin confruntarea lor cu emoții diferite pentru a le transforma și prin reflectarea asupra lor, pentru a crea noi sensuri narative.

Bibliografie

American Psychological Association. (2007). *Emotion-focused therapy for depression* [DVD]. http://www.apa.org/pubs/videos/4310798.aspx

Angus, L.E. și Greenberg, L.S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives.* Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/12325-000

Auszra, L., Greenberg, L.S. și Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Psychotherapy Research, 23,* 732–746. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.816882

Bateson, G. (1999). *Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology*. Chicago, IL: University of Chicago Press. http://dx.doi.org/10.7208/chicago/9780226924601.001.0001

Benjamin, L.S. (1996). An interpersonal theory of personality disorders. În J.F. Clarkin (coord.), *Major theories of personality disorder* (pp. 141–220). New York, NY: Guilford Press.

Bohart, A.C. și Greenberg, L.S. (coord.). (1997). *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/10226-000

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Volume 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.

Bowlby, J. (2011). *O bază de siguranță*. București: Trei.

Buck, R. (2014). *Emotion: A biosocial synthesis*. Cambridge, UK: Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9781139049825

Carryer, J.R. și Greenberg, L.S. (2010). Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*, 190–199. http://dx.doi.org/10.1037/a0018401

Damasio, A.R. (2005). *Eroarea lui Descartes*. București: Humanitas.

Damasio, A.R. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York, NY: Harcourt Brace.

Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384–392. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.48.4.384

Ekman, P. și Davidson, R. (coord.). (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. New York, NY: Oxford University Press.

Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R.N. și Greenberg, L.S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/10725-000

Ellison, J.A. și Greenberg, L.S. (2007). Homework in experiential emotion-focused therapy. În N. Kazantzis și L'Abate (coord.), *Handbook of homework assignments in psychotherapy* (pp. 65–84). Boston, MA: Springer.

Foa, E.B. și Jaycox, L.H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. În D. Spiegel (coord.), *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy* (pp. 23–61). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*, 218–226. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218

Frijda, N.H. (1986). *The emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

Frijda, N.H. (2016). The evolutionary emergence of what we call "emotions" *Cognition and Emotion, 30*, 609–620. http://dx.doi.org/10.1080/02699931.2016.1145106

Gazzaniga, M.S. (1988). *Mind matters: How mind and brain interact to create our conscious lives*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

Geller, S.M. și Greenberg, L.S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 1*, 71–86. http://dx.doi.org/10.1080/14779757.2002.9688279

Geller, S.M. și Greenberg, L.S. (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.

Geller, S.M., Greenberg, L.S. și Watson, J.C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: The development of a measure. *Psychotherapy Research, 20*, 599–610. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2010.495957

Gendlin, E.T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. New York, NY: Guilford Press.

Goldman, R.N. și Greenberg, L.S. (2015). *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/14523-000

Goldman, R.N., Greenberg, L.S. și Pos, A.E. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research, 15*, 248–260. http://dx.doi.org/10.1080/10503300512331385188

Greenberg, L. și Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. În R.A. Neimeyer și M.J. Mahoney (coord.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169–191). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S. (2014). *Terapia centrată pe emoții*. București: Gestalt Books.

Greenberg, L.S. (2015). *Emotion-Focused Therapy: Coaching Clients to Work Through Their Feelings* (ed. a 2-a). Washington , D.C. American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/14692-000

Greenberg, L. S. (2017). *Emotion-focused therapy* (Rev. ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S. și Angus, L.E. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy: A dialectical constructivist approach. În L.E. Angus și J. McLeod (coord.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 330–349). Thousand Oaks, CA: Sage. http://dx.doi.org/10.4135/9781412973496.d25

Greenberg, L.S. și Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 197–211. http://dx.doi.org/10.1002/1097-4679(200102)57:2<197::AID-JCLP6>3.0.CO;2-O

Greenberg, L.S. și Elliott, R. (1997). Varieties of empathic responding. În A.C. Bohart și L.S. Greenberg (coord.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 167–186). Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S. și Geller, S. (2001). Congruence and therapeutic presence. În G. Wyatt (coord.), *Rogers' therapeutic conditions: Evolution, theory and practice. Volume 1: Congruence* (pp. 131–149). Ross-on-Wye, England: PCCS Books.

Greenberg, L.S. și Goldman, R.N. (2008). *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L.S. și Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York, NY: Guilford Press.

Greenberg, L.S. și Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*, 406–416. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.2.406

Greenberg, L.S., și Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.

Greenberg, L.S. și Pascual-Leone, J. (2001). A dialectical constructivist view of the creation of personal meaning. *Journal of Constructivist Psychology, 14,* 165–186. http://dx.doi.org/10.1080/107205301151143539

Greenberg, L.S., Rice, L.N. și Elliott, R.K. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York, NY: Guilford Press.

Greenberg, L.S. și Safran, J.D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY: Guilford Press.

Greenberg, L.S. și Warwar, S.H. (2006). Homework in an emotion-focused approach to experiential therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16, 178–200. http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.16.2.178

Greenberg, L.S. și Watson, J.C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/11286-000

Greenberg, L.S. și Webster, M.C. (1982). Resolving decisional conflict by Gestalt two-chair dialogue: Relating process to outcome. *Journal of Counseling Psychology*, *29*, 468–477.

Guntrip, H. (1969). *Schizoid phenomena, object relations and the self.* New York, NY: International Universities Press.

Harlow, H. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, *13*, 673–685.

Herrmann, I.R., Greenberg, L.S. și Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *26*, 178–195. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.958597

Izard, C.E. (1991). *The psychology of emotions*. New York, NY: Plenum Press.

Johnson, S.M., Hunsley, J., Greenberg, L. și Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 67–79. http://dx.doi.org/10.1093/clipsy.6.1.67

Kernberg, O.F. (1984). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Northvale, NJ: Rowman și Littlefield. (Lucrarea originală publicată în 1976)

Kircanski, K., Lieberman, M.D. și Craske, M.G. (2012). Feelings into words: Contributions of language to exposure therapy. *Psychological Science, 23*, 1086–1091. http://dx.doi.org/10.1177/0956797612443830

Klein, M.H., Mathieu-Coughlan, P. și Kiesler, D.J. (1986). The experiencing scales. În L.S. Greenberg și W.M. Pinsof (coord.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 21–71). New York, NY: Guilford Press.

Klein, M.H., Mathieu, P.L., Gendlin, E.T. și Kiesler, D.J. (1969). *The Experiencing Scale: A research and training manual* (Vol. 1). Madison, WI: Wisconsin Psychiatric Institute.

Lane, R.D., Ryan, L., Nadel, L. și Greenberg, L. (2015). Memory reconsolidation, emotional arousal, and the process of change in psychotherapy: New insights from brain science. *Behavioral and Brain Sciences, 38*, E1. http://dx.doi.org/10.1017/S0140525X14000041

LeDoux, J. (2012). Rethinking the emotional brain. *Neuron, 73*, 653–676. http://dx.doi.org/10.1016/j.neuron.2012.02.004

Lieberman, M.D., Eisenberger, N.I., Crockett, M.J., Tom, S.M., Pfeifer, J.H. și Way, B.M. (2007). Putting feelings into words: Affect labeling disrupts amygdala activity in response to affective stimuli. *Psychological Science, 18*, 421–428. http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9280.2007.01916.x

Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Maslow, A.H. (2008). *Motivație și personalitate*. București: Trei.

McKinnon, J.M. și Greenberg, L.S. (2013). Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: Impact on session and final outcome. *Journal of Family Therapy, 35*, 303–319. https://dx.doi.org/10.1111/1467-6427.12015

Missirlian, T.M., Toukmanian, S.G., Warwar, S.H. și Greenberg, L.S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 861–871. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.5.861

Moscovitch, M. și Nadel, L. (1997). Memory consolidation, retrograde amnesia, and the hippocampal complex. *Current Opinions in Neurobiology, 7*, 217–227. http://dx.doi.org/10.1016/S0959-4388(97)80010-4

Nadel, L. și Bohbot, V. (2001). Consolidation of memory. *Hippocampus, 11*, 56–60. http://dx.doi.org/10.1002/1098-1063(2001)11:1<56::AID-HIPO1020>3.0.CO;2-O

Nader, K., Schafe, G.E. și LeDoux, J.E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature, 406*, 722–726. http://dx.doi.org/10.1038/35021052

Neisser, U. (1976). *Cognition and reality: Principles and implications of cognitive psychology*. New York, NY: Freeman/Times Books/Henry Holt.

Nolen-Hoeksema, S. și Watkins, E.R. (2011). A heuristic for transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science, 6*, 589–609. http://dx.doi.org/10.1177/ 1745691611419672

Paivio, S.C., Hall, I.E., Holowaty, K.A.M., Jellis, J.B. și Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research, 11,* 433–453. http://dx.doi.org/10.1093/ptr/11.4.433

Paivio, S.C. și Nieuwenhuis, J.A. (2001). Efficacy of emotion focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 15,* 115–133. http://dx.doi.org/10.1023/A:1007891716593

Pascual-Leone, A. și Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through." *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75,* 875–887. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875

Pascual-Leone, J. (1987). Organismic processes for neo-Piagetian theories: A dialectical causal account of cognitive development. *International Journal of Psychology, 22,* 531–570. http://dx.doi.org/10.1080/00207598708246795

Pascual-Leone, J. (1991). Emotions, development, and psychotherapy: A dialectical constructivist perspective. În J.D. Safran și L.S. Greenberg (coord.), *Emotion, psychotherapy, and change* (pp. 302–335). New York, NY: Guilford Press.

Pascual-Leone, J. și Johnson, J. (1991). The psychological unit and its role in task analysis. A reinterpretation of object permanence. În M. Chandler și M. Chapman (coord.), *Criteria for competence: Controversies in the assessment of children's abilities* (pp. 153–187). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Pascual-Leone, J. și Johnson, J. (2011). A developmental theory of mental attention: Its application to measurement and task analysis. În P. Barrouillet și V. Gaillard (coord.), *Cognitive development and working memory: A dialogue between*

neo-Piagetian and cognitive approaches (pp. 13–46). New York, NY: Psychology Press.

Pennebaker, J.W. (ed.). (1995). *Emotion, disclosure, and health.* Washington, DC: American Psychological Association. http://dx.doi.org/10.1037/10182-000

Perls, F.S., Hefferline, R.F. și Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy: Excitement and growth in the human personality.* New York, NY: Dell.

Piaget, J. (1954). *The construction of reality in the child.* New York, NY: Basic Books. http://dx.doi.org/10.1037/11168-000

Piaget, J. (1973). *Memory and intelligence.* New York, NY: Basic Books.

Porges, S.W. (1998). Love: An emergent property of the mammalian autonomic nervous system. *Psychoneuroendocrinology, 23,* 837–861. http://dx.doi.org/10.1016/S0306-4530(98)00057-2

Porges, S.W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological Psychology, 74,* 116–143. http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsycho.2006.06.009

Porges, S.W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation.* New York, NY: Norton.

Rice, L.N. și Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process.* New York, NY: Guilford Press.

Rice, L.N. și Kerr, G.P. (1986). Measures of client and therapist vocal quality. În L.S. Greenberg și W.M. Pinsof (coord.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 73–105). New York, NY: Guilford Press.

Rice, L.N. și Wagstaff, A.K. (1967). Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*, 557–563. http://dx.doi.org/10.1037/h0025164

Rogers, C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology, 21*, 95–103. http://dx.doi.org/10.1037/h0045357

Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. În S. Koch (coord.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York, NY: McGraw Hill.

Scherer, K. (2015). When and why are emotions disturbed? Suggestions based on theory and data from emotion research. *Emotion Review, 7*, 238–249. http://dx.doi.org/10.1177/1754073915575404

Schore, A.N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schore, A.N. (2002). Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 36*, 9–30. http://dx.doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00996.x

Schore, A.N. (2003). *Affect dysregulation & disorders of the self*. New York, NY: Norton.

Spinoza, B. (1930). *Etica*. București: Societatea Română de Filosofie. (Lucrarea originală publicată în 1677)

Sroufe, L.A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York, NY:

Cambridge University Press. http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527661

Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.B.,... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 875–882.

Stern, D.N. (1985). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York, NY: Basic Books.

Taylor, C. (1985). *Human agency and language*. New York, NY: Cambridge University Press.

van der Kolk, B.A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. New York, NY: Viking.

von Foerster, H. (1995). *The cybernetics of cybernetics*. Minneapolis, MN: Future Systems.

Warwar, S. și Greenberg, L.S. (1999). *Client Emotional Arousal Scale–III*. Manuscris nepublicat, York University, Toronto, Ontario, Canada.

Watkins, E.R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin, 134*, 163–206. http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.134.2.163

Watson, J.C. (1996). The relationship between vivid description, emotional arousal, and in-session resolution of problematic reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 459–464. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.459

Watson, J.C. și Greenberg, L.S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy: Theory,*

Research, Practice, Training, 33, 262–74. http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.33.2.262

Watzlawick, P., Weakland, J.H. și Fisch, R. (1974). *Change: Principles of problem formation and problem resolution*. New York, NY: Norton.

White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review, 66*, 297–333. http://dx.doi.org/10.1037/h0040934

Comparație între abordări

Leslie A. Greenberg, Norka T. Malberg și Michael A. Tompkins

În acest ultim capitol, discutăm modurile în care abordările terapeutice psihodinamică, cognitiv-comportamentală și centrată pe emoție privesc rolul emoției în terapie, în motivația pentru schimbare și în metodele de schimbare. Începem prin examinarea asemănărilor dintre cele trei abordări, însă mai întâi vom identifica nivelul de analiză.

Goldfried (1980), în spiritul promovării integrării psihoterapiilor, a sugerat că asemănările dintre abordări apar cel mai proeminent nu la nivelul tehnicii sau teoriei, ci la nivelul strategiilor clinice sau principiilor schimbării. De exemplu, el a sugerat că feedbackul și noile experiențe sunt strategii comune tuturor abordărilor. Urmând o cale diferită, în cercetarea a 50 de publicații de psihoterapie, Grencavage și Norcross (1990) au identificat 15 categorii de metode și le-au ordonat în funcție de frecvență: *alianța terapeutică*, oportunitatea pentru *catharsis*, achiziția și exersarea *noilor comportamente* și *așteptările pozitive* ale clienților. În plus, ei au ordonat și o serie de procese de schimbare (exclusiv factorii relaționali) și au aflat că cel mai recomandat proces de schimbare era *catharsisul*, iar cel mai puțin frecvent

era *transmiterea educației și informației*. Conform acestui studiu, cele mai multe asemănări apar la nivelurile intermediare. Cele trei abordări din acest volum împart cu siguranță o serie de astfel de procese de schimbare la nivel intermediar.

În plus față de punctele comune generale evidențiate mai sus, autorii cărții, referindu-se la modul în care ei lucrează cu emoția, mai recomandă trei aspecte comune specifice emoției la nivel intermediar. Fiecare abordare își propune să ofere (a) experiență emoțională corectoare; (b) conștientizare emoțională sau insight; și (c) expunere la emoție sau o experimentare mai profundă a acesteia, aspecte ce pot fi considerate drept factori comuni, de nivel intermediar și specifici emoției. Cele trei abordări împart, de asemenea, și convingerea că emoția este un aspect important al schimbării. În terapia psihodinamică (TPD), se insistă mai mult asupra insightului emoțional decât asupra celui intelectual; în terapia cognitiv-comportamentală (TCC), cogniția caldă este apreciată mai mult decât cogniția rece; iar în terapia centrată pe emoție (TCE), profunzimea experienței este preferată relatării experienței. Totuși, aceste procese comune specifice emoției sunt aspecte de nivel mediu. Pentru a afla cum arată aceste procese de nivel mediu în practică și cum sunt ele facilitate în ședință, trebuie să privim mai îndeaproape nivelul superior și cel inferior al descrierii, în fiecare abordare. Diferențele dintre abordări sunt cel mai evidente la nivelul cel mai înalt al teoriei funcționării și la nivelul cel mai scăzut al tehnicii.

Pentru a înțelege asemănările și diferențele dintre abordări, este esențial să examinăm mai întâi modul în care fiecare abordare înțelege funcționarea emoției și procesul schimbării psihice, și apoi să comparăm tehnicile utilizate.

Este considerată emoția drept o variabilă independentă asupra căreia se intervine direct pentru a produce schimbarea, ceea ce duce apoi la schimbări ale cogniției, motivației și comportamentului? Sau emoția este variabila dependentă în care schimbarea emoțională este rezultatul schimbărilor apărute în cogniție, motivație și comportament? O altă posibilitate de luat în considerare este măsura în care emoția este o variabilă auxiliară sau subordonată, cum ar fi un corelat al schimbării. Din această perspectivă, emoția semnalizează faptul că are loc un alt proces de schimbare. Aici, emoția este un semnal care indică un alt proces de schimbare. Trebuie să avem în vedere în continuare următoarele: este intervenția centrată direct pe emoție, pentru producerea unei schimbări la nivelul emoției, sau intervenția se concentrează asupra a altceva, pentru a produce schimbări la nivelul emoției, sau emoția este un semnal care indică schimbarea altui lucru? De exemplu, oare intervenția schimbă direct frica, tristețea și rușinea sau intervenția se concentrează mai mult asupra schimbării cogniției, motivației sau comportamentului? Oare această schimbare este cea care duce la schimbări ale acestor emoții sau sunt aceste emoții un semnal că se schimbă cogniția, motivația sau comportamentul? O altă întrebare este ce se schimbă în cadrul emoției: este gradul de excitație, gradul de reglare sau faptul că emoția se schimbă într-o nouă emoție? La ce duce schimbarea emoțională? Duce la modificări la nivelul motivației, cogniției, comportamentului sau stării generale de bine? În secțiunile următoare sperăm să oferim răspunsuri la aceste întrebări, precum și la altele.

Toate cele trei abordări postulează că activarea emoției în terapie este utilă pentru provocarea schimbării. Abordările presupun, de asemenea, că oamenii operează la un nivel conștient și la unul automat sau inconștient și consideră că relația dintre cele două este importantă.

În TCC și TCE, se consideră că unul dintre sistemele de procesare a informației este rațional, verbal, logic și propozițional, fără legătură cu emoția. Al doilea sistem este considerat mai holistic, nonlingvistic, automat, cu procesare rapidă a informației și cu legături profunde și extinse cu emoția. Deși abordarea psihodinamică nu este în dezacord cu această perspectivă asupra procesării informației, ea tinde să aplice un model al conflictului în care sunt luate în considerare motivațiile conștiente și inconștiente, precum și interacțiunile dintre Eu, Se și Supraeu, respectiv, dorințele și nevoile interne, și modurile de a le gestiona pe acestea și presiunile venite din lumea exterioară.

Structura psihicului

Cele trei abordări studiate în acest volum postulează că în generarea emoției sunt implicate procesarea multinivel și structura psihică internă. Teoria psihodinamică vorbește în termeni de relații de obiect internalizate, asociate cu afectul; TCC se referă la scheme cognitive sau convingeri de bază și, mai recent, la moduri fundamentale de procesare, care duc la emoție. Pe de altă parte, TCE se referă la scheme emoționale care, odată activate, produc emoție. Aceste constructe din cadrul celor trei

abordări sunt structuri afectiv-cognitive complexe, care se presupune că influențează viața psihică.

Constructele diferă ca grad în care afectul și relația sunt reprezentate în cadrul lor. Schemele emoționale consideră afectul drept caracteristica organizatoare centrală: relațiile internalizate de obiect sunt fundamental relaționale, dar includ afectul ca fiind acel lucru care leagă oamenii, în timp ce schemele cognitive sunt considerate libere de afect. Beck (1996) a teoretizat că dincolo de convingeri și convingeri activate, care sunt structuri cognitive, se află un mod fundamental de procesare, dar ca proces reactiv.

Automatism și inconștient

Cele trei abordări postulează, de asemenea, că emoția poate fi activată automat, prin procese neintenționate. Conștientizarea emoției a devenit un principiu terapeutic universal, acceptat de toate cele trei abordări. Toate trei consideră, totodată, că emoția este informație și semnalează ceva. TCC consideră că emoția semnalează o nevoie nesatisfăcută și oferă tendințe îndrumătoare către acțiune, utile în supraviețuire. În TCE, se consideră că anxietatea primară semnalează o nevoie de siguranță și încurajează căutarea protecției. În teoria psihodinamică se consideră că emoția sau cel puțin anxietatea semnalează pericol și o nevoie de apărare (respectiv, moduri de coping pentru a menține echilibrul intern). Pericolul poate veni din interior (respectiv, dinspre pulsiuni) sau din conflictul dintre interior și exterior (de exemplu, dorințe versus morală egal vinovăție). TCC consideră cogniția ca moderând exprimarea emoției; mai precis, emoția marchează activarea convingerii de bază.

Toate cele trei abordări sunt de părere că emoția îndeplinește funcții fie adaptative, fie dezadaptative, deși fiecare abordare pune un accent diferit pe adaptabilitatea emoției la travaliul terapeutic. TCE consideră emoția drept un ghid care își evidențiază funcțiile de bază adaptative și de supraviețuire informând individul despre ceea ce este important pentru starea lui de bine. TCC și, într-o anumită măsură, abordările psihodinamice pun un mai mare accent pe natura dezadaptativă a răspunsurilor emoționale și consideră că emoțiile au nevoie de reglare. De exemplu, în TCC, capacitatea de adaptare a unui răspuns emoțional este influențată de contextul în care apare aceasta. Anxietatea provocată de condusul mașinii printr-un anumit cartier, de exemplu, depinde de siguranța obiectivă a cartierului. Aceasta înseamnă că este normal să fii neliniștit când treci cu mașina printr-un cartier periculos. Același nivel de anxietate este însă disproporționat și prin urmare inutil dacă treci printr-un cartier sigur. Obiectivul TCC este să-și susțină clienții în evaluarea corectă a nivelului de siguranță, astfel încât reacțiile anxioase să fie proporționale cu siguranța obiectivă a unui anumit context. În teoria psihodinamică, pe de altă parte, afectul nu este nici o experiență de care trebuie să te aperi, nici instrumentul cognitiv și motivațional al Eului, care îi oferă acestuia informații despre stările psihice. Din această perspectivă, afectul este considerat parțial drept funcție a Eului (respectiv, defensiv și adaptativ) și parțial un stimul controlat de Eu.

Toate abordările recunosc rolul important al componentelor psihice și emoționale în menținerea tulburărilor psihice. Abordarea psihodinamică și TCE consideră că emoția este o stare internă, o experiență privată care implică o experiență simțită în corp și că această stare internă poate fi simbolizată în mod conștient. Dimpotrivă, TCC consideră că rolul cogniției este să modereze reacțiile emoționale. Toate văd o diferență la nivelul unei forme mai intelectuale de autoînțelegere (respectiv, convingeri, concepție de sine sau insight) și al unei înțelegeri experiențiale: că acestea reflectă niveluri diferite de procesare a informației și că emoția poate fi mai bine modificată atunci când este reactivată și experimentată decât atunci când doar se vorbește despre ea. TCE și TPD consideră mai degrabă emoția drept un prim răspuns care precede cogniția și comportamentul, cu focalizare pe emoție în scopul schimbării cogniției și comportamentului. TCC, în schimb, pleacă de la ipoteza conform căreia cogniția și comportamentul moderează emoția; această abordare vizează direct cogniția sau comportamentul, pentru a influența emoția.

Dezvoltare și învățare

Dintr-o perspectivă mai amplă asupra învățării, TPD și TCE sunt de părere că emoția este esențială în atașament și formarea identității, în timp ce TCC înțelege emoția mai mult în termenii unui proces de învățare, facilitând o nouă deprindere în slujba comportamentelor din ce în ce mai adaptative. În acest sens, TCC nu pune accentul pe atașament sau pe formarea

 identității; ea este un model de învățare în care răspunsurile noastre emoționale sunt moderate de un număr de factori (de exemplu, atenție, excitație, cogniție). În termeni de motivație, toate cele trei abordări consideră că individul este organizat de instinctul de supraviețuire, dar punctele comune se opresc aici, pentru că perspectivele lor asupra motivației diferă foarte mult.

Prevalența emoției

Diferențele principale se află în domeniul prevalenței emoției și se referă la măsura în care afectul este important în determinarea experienței și schimbării, ca și a naturii motivației. Vom discuta mai întâi diferențele din modul în care cele trei abordări privesc emoția. În timp ce TCE o consideră un dat fundamental al existenței umane, TPD și TCC consideră că emoția joacă un rol mai puțin esențial.

Terapia psihodinamică

Teoria psihanalitică timpurie considera că afectele sunt în totalitate niște derivate pulsionale, iar anxietatea (angoasa) reprezintă o transformare a energiei pulsionale a conținuturilor refulate. Prima teorie a angoasei, „apărările duc la angoasă", s-a schimbat ulterior în „angoasa duce la apărări". Odată cu această schimbare, afectele pot fi considerate mai degrabă drept răspunsuri ale Eului decât derivate pulsionale. Conceptul de angoasă ca *afect semnal* presupunea anticipare și simbolizare. Conceptul de angoasă de semnal a introdus noi dimensiuni de reglare și comunicare a afectului. Refularea a fost un alt construct teoretic important în

legătură cu afectul. Conceptul de *refulare* a implicat ideea că psihicul are un sistem inconștient, unul preconștient și unul conștient și, odată cu aceasta, și posibilitatea afectelor inconștiente.

Odată cu dezvoltarea teoriei relațiilor de obiect, afectele au devenit mai explicit conectate cu relațiile. Din această perspectivă, emoția reprezintă travaliul, în dimensiunea aici-și-acum a relației terapeutice, cu vechile versiuni ale relațiilor ce apar în transfer. Indivizii se apără nu numai împotriva „cauzelor" sentimentelor, ci și împotriva sentimentelor însele, care sunt atât cauza, cât și reacția la dorințe. Dorințele, spre deosebire de pulsiuni, implică sentimente, cât și reprezentări de sine și de obiect. Afectele se consideră că se dezvoltă împreună cu integrarea relațiilor de obiect internalizate în semnale și detectoare de pulsiuni activate. Emoțiile sunt depozitarele amintirilor din minte și corp și ale impactului asupra dezvoltării al relațiilor timpuriu perturbate cu figurile de îngrijire.

Terapia cognitiv-comportamentală

În TCC, emoția este moderată de cogniție, iar acea cogniție, emoția și comportamentul se influențează unele pe altele, astfel încât emoția influențează și este influențată de cogniție și comportament. Cognițiile dezadaptative se presupune că participă la menținerea distresului emoțional și comportamentelor-problemă, cum ar fi evitarea și retragerea. Obiectivul restructurării cognitive este schimbarea evaluărilor sau a cognițiilor în slujba moderării emoției. Beck (1996) a introdus conceptul de „moduri", pentru abordarea unor critici și neajunsuri ale teoriei cognitive. El a sugerat, ca o adăugire la modelul propus, că exista un mod primar de procesare a convingerilor de bază.

Modurile de procesare au inclus procesarea supraviețuirii sau amenințării, sau procesarea autoexpansivă ori a bucuriei. Din această perspectivă, procesarea informației conduce la un răspuns afectiv; de pildă, procesarea informației amenințătoare duce la frică sau anxietate. Unul dintre autori (LSG) consideră că acesta este un nivel afectiv de procesare; astfel, fără a fi numită ca atare, emoția a apărut din nou în calitate de concept fundamental aflat la baza convingerilor. Dacă este adoptat pe deplin, acest concept permite o schimbare a accentului pus în practică; terapeutul poate lucra pentru schimbarea acestui mod principal de procesare, în loc să schimbe doar convingerile. Pe de altă parte, autorul capitolului despre TCC (MAT) consideră că obiectivul schimbării în TCC se bazează pe o alegere pe care o face terapeutul, indiferent dacă obiectivul este emoția, cogniția sau comportamentul. TCC are ca obiectiv variabilele care se presupune că mențin tulburările emoționale. Pare a fi o alegere conceptuală și practică. Țintind cogniția, terapeutul cognitiv-comportamental nu presupune că aceasta este mai mult sau mai puțin importantă decât emoția sau comportamentul. Mai curând, emoția este un obiectiv al obținerii schimbării. TCC presupune că emoția este moderată de cogniție și de comportament și că ea, la rândul ei, le poate modera pe amândouă. Teoria emoției recunoaște că mai mulți factori (de exemplu, cogniția, atenția, comportamentul) contribuie la experiența subiectivă a emoției. TCE lucrează direct cu emoția pentru a o schimba, în timp ce terapeutul psihodinamic lucrează cu emoția ca parte a tiparelor relaționale, iar TCC acționează asupra gândurilor pentru a schimba emoția.

În concepția psihodinamică, tulburarea este menținută prin blocarea dezvoltării, defensivitate și incapacitatea de a

mentaliza experiența internă (respectiv, incapacitatea atât de a reflecta despre propriile gânduri și sentimente din exterior, cât și de a-și imagina gândurile și sentimentele altuia). În TCE, tulburarea emoțională este menținută predominant de schemele emoționale preverbale care sunt activate automat. În TCC, tulburările emoționale sunt menținute prin procesul de interpretare a evenimentelor interioare și exterioare prin lentila convingerilor dezadaptative. *Evitarea emoției,* incapacitatea de a se confrunta, de a accepta și a tolera afectul negativ, este un alt factor care se presupune că menține tulburările emoționale. Alți factori includ persistența reacției sau un cadru negativ de rezolvare a problemelor. În acest scop, multe strategii cognitiv-comportamentale se află în slujba sporirii disponibilității clientului de a-și aborda reacțiile emoționale și a interacționa cu ele, în loc să evite aceste experiențe (reacția dezadaptativă persistentă). În acest mod, TCC recunoaște că, pentru a reuși în viață, este necesar ca răspunsurile emoționale să ducă la comportamente adaptative. De exemplu, atunci când suntem tratați nedrept, ne simțim furioși și ne putem afirma drepturile. Cu toate acestea, afirmarea drepturilor într-un mod plin de considerație poate fi foarte dificilă, dacă suntem prea furioși ca să ne mai putem controla impulsul de a ataca. Aceasta înseamnă că obiectivul TCC este de a susține indivizii să-și regleze anxietatea, furia sau dispoziția în slujba comportamentului adaptativ orientat spre un scop.

Terapia centrată pe emoție

În TCE, emoția este considerată fundamental adaptativă și ca oferindu-ne modul de bază de procesare a informației.

 Ea evaluează rapid și automat situațiile, în ceea ce privește relevanța pentru starea noastră de bine și produce tendințe către acțiune, pentru satisfacerea nevoilor. Emoțiile evaluează automat circumstanțele și consecințele imediate ale acțiunii. Evaluarea unui obiect sau eveniment depinde foarte mult de evaluarea preocupărilor prezente ale individului, precum și de scopurile, sensibilitățile, interesele și valorile sale. Nu este doar o evaluare care activează o emoție, ci și o evaluare în legătură cu o preocupare. De aceea tendințele motivaționale sunt parte din fiecare emoție, iar emoția și motivația sunt strâns legate. Similar cu TCC, TCE consideră decizia de angajare într-un anumit comportament ca fiind strâns legată de așteptarea plăcerii sau a ușurării asociate cu comportamentul motivat.

Emoțiile produse de procesele deliberative ale cortexului frontal orbital, cum ar fi gândirea, nu sunt nici pe departe la fel de importante pentru funcționare sau disfuncție pe cât sunt emoțiile primare produse de sistemul limbic și alte procese automate. Aceste evaluări nonlingvistice ale relevanței, congruenței scopului, noutății, pericolului și controlului sunt impenetrabile rațiunii și de aceea sunt greu de schimbat prin rațiune sau voință.

Schemele emoționale care sunt structuri sau rețele interne, organizate sunt baza sistemului de reacții emoționale adulte. Ele sintetizează elemente afective, motivaționale, cognitive și comportamentale în organizări interne care sunt rapid activate în afara conștiinței. Schemele sunt activate de indicii care se potrivesc cu caracteristicile de input ale schemei sau nodurilor rețelei. Experiențele importante ale vieții, care sunt semnificative în virtutea faptului că activaseră anterior reacții emoționale, se codifică în memoria schematică a emoției. Schemele

emoționale reprezintă atât situația așa cum este interpretată, cât și efectul ei emoțional asupra individului; ele sunt organizări interne producătoare de reacții, care sintetizează o serie de niveluri și tipuri de informații, inclusiv stimuli senzori-motorii, percepții, motivații, acțiuni și informații la nivel conceptual. Odată învățate și organizate într-un sistem al memoriei schematice emoționale, schemele emoționale, în momentul în care sunt activate, produc emoție automat, la fel de automat ca reacțiile adaptative înnăscute pe care le-au integrat. Ele stabilesc modul principal de procesare care ne ghidează viața. Spre deosebire de schema cognitivă, schema emoțională este o rețea care produce tendințe către acțiune și experiențe, opuse cunoașterii conceptuale din limbaj. Problemele iau naștere din surse foarte variate: o lipsă de conștientizare a emoției, negarea experienței emoționale și perseverarea unor anumite reacții emoționale trecute în prezent, prin activarea memoriei schematice a emoției ca și, ocazional, instabilitatea emoției și crearea defectuoasă de sens.

Comparație

În gândirea psihodinamică, afectul apare ca un corelat al altor procese, cum sunt implicarea în transfer, insightul sau mentalizarea, învingerea rezistențelor sau ca fiind în legătură cu îndeplinirea dorințelor sau frustrarea. În general, afectul nu este predominant considerat a fi variabila independentă care se concentrează pe producerea directă a schimbării. Frecvent privilegiate sunt schimbarea conștientizării emoției și înțelegerea lucrurilor într-un mod nou, care duce la o sporire a autoobservării în perioade de experiențe emoționale puternice, combinarea

afectelor unele cu altele și integrarea emoției în narațiunea individului. Emoțiile sunt păstrătoarele amintirilor; ele sunt moduri în care oamenii comunică atunci când nu o pot face în cuvinte. Psihanaliza încearcă să integreze și să facă legături într-un fel care încurajează reglarea afectului și sporește capacitatea de mentalizare și sentimentul de libertate în contextul emoțiilor pozitive și negative.

În TCC, cogniția și comportamentul moderează emoția și schimbarea emoțională. Modificarea evaluărilor greșite esențiale moderează schimbarea emoțională. Modificarea cogniției este o alegere practică, deși nu e neapărat o alegere teoretică. Cognițiile sunt factori accesibili care se presupune că moderează emoția, iar strategiile de modificare a cognițiilor pot fi predate și învățate. Emoția este variabila dependentă care este modificată prin schimbarea cogniției. La clienții cu tulburări emoționale, un obiectiv esențial al TCC este ajutarea lor să învețe strategii de reglare a reacțiilor emoționale instabile prin examinarea cognițiilor subiacente care influențează emoția sau prin schimbarea comportamentului, în scopul dobândirii unei deprinderi noi și mai adaptative, care influențează emoția (de exemplu, abordările expunerii la emoție și acceptării emoției).

În TCE, emoția este variabila independentă și obiectivul direct al schimbării. Este prelucrată prin intermediul acceptării și transformării. Primul pas al schimbării facilitate este acceptarea și experimentarea emoției. Următorul pas este crearea unui sens, cel mai des în limbaj și narațiune. Cu toate acestea, ceea ce se dorește până la urmă este o schimbare a emoției dezadaptative cu altă emoție. Rezultatul este o nouă stare afectivă și o nouă narațiune.

Odată cu recunoașterea importanței emoției, toate cele trei abordări sunt de acord că tendințele motivaționale sunt parte din fiecare emoție și că emoția și motivația sunt strâns legate. Cele trei tradiții psihoterapeutice consideră că aceste tendințe către acțiune și motivații, cu bază emoțională, pot fi adaptative și utile uneori, dar alteori pot fi dezadaptative și inutile. De asemenea, toate cele trei abordări sunt de acord cu existența unui instinct de supraviețuire sau pulsiune de viață și cu faptul că aceasta motivează comportamentul, dar, în privința a ceea ce reprezintă motivațiile de bază sau a ceea ce *este* motivația, nu mai există acord.

Înțelegerea psihodinamică a motivației umane este fundamental diferită de cea a altor abordări, prin faptul că ea ia în considerare motivațiile conștiente și inconștiente în contextul relațiilor. Supraviețuirea, în contextul relațiilor, este fundamentală pentru creșterea și dezvoltarea psihică; prin urmare, gândirea psihodinamică ia în considerare mijloacele adaptative și dezadaptative prin care oamenii găsesc posibilități de supraviețuire și creștere. TCC prezintă o perspectivă diferită asupra motivației: tendințele motivaționale de bază caută să obțină gratificație și plăcere sau să evite pedeapsa și suferința; TCC consideră, de asemenea, așteptarea gratificării sau a pedepsei ca pe un important factor motivant al comportamentului. TCE și TPD diferă de TCC: conform acestor două tradiții, indivizii sunt organizați de o motivație fundamentală pentru supraviețuire, iar ei se străduiesc din toate puterile să realizeze acest lucru în mediul în care se află. Organismul nu este determinat de motivații interne de bază, ci, mai curând, este un

 sistem dinamic cu autoreglare aflat într-un proces constant de organizare adaptativă la granița unui câmp organism/mediu, cu scopul de a supraviețui și a prospera.

Terapia psihodinamică

Pe parcursul timpului, teoriile psihanalitice au dezvoltat diferite puncte de vedere asupra motivației. Așa cum evidențiază Malberg în Capitolul 2, Sandler s-a apropiat cel mai mult de revizuirea teoriei psihanalitice ca teorie afectivă, prin plasarea stărilor afective în centrul teoriei psihanalitice a motivației, în locul energiei psihice. Sandler a preferat să vorbească, de asemenea, despre dorințe în loc de pulsiuni și despre relațiile dintre sentimente și dorințe decât dintre sentimente și pulsiuni. Cu toate acestea, raportul s-a mutat, în psihologia Eului, în cealaltă direcție: se consideră că lipsa de echilibru intern (respectiv, dezechilibrul energetic) este cea care motivează indivizii, nu stările afective. Kernberg (1988) a recuperat ulterior afectul propunând o modificare a teoriei pulsiunilor care considera afectele mai semnificative, ierarhic, decât pulsiunile. În această schimbare importantă, el considera că afectele se dezvoltă, împreună cu integrarea relațiilor internalizate de obiect, în semnale și detectoare ale pulsiunilor activate. Prin urmare, Kernberg a păstrat teoria duală a pulsiunilor a lui Freud (respectiv, Eros și Thanatos), dar a împachetat-o în concepte relaționale. Odată cu apariția relațiilor de obiect, care a fost urmată la nivel mai general de teoria atașamentului și de cea interpersonală, motivația de conectare a devenit una centrală — o motivație care este înnăscută în toți indivizii și una care a continuat să funcționeze, constituind o influență majoră.

Paradigma clasică a condiționării din teoria comportamentală a avut o oarecare legătură cu pulsiunea de viață a lui Freud, întrucât amândouă au considerat căutarea plăcerii și evitarea durerii ca fiind importante în susținerea vieții. Similar, teoria umanistă a postulat o forță vitală, la care s-a referit alternativ ca tendință de creștere sau de actualizare. Pulsiunea de moarte a lui Freud, cu toate acestea, nu este împărtășită de TCC și TCE, și nici de teoria psihanalitică modernă, dat fiind că a pierdut deja din importanță în psihanaliza modernă a relațiilor de obiect și în cea interpersonală. Primii comportamentaliști considerau că motivația este inițiată și menținută prin reducerea pulsiunii, iar această perspectivă avea o afinitate cu punctul de vedere al lui Freud referitor la reducerea pulsiunii ca motivație centrală. În teoriile comportamentale timpurii, comportamentul motivat servea la satisfacerea instinctelor biologice, iar mai târziu a fost elaborată o altă teorie, pentru a include asocierile învățate dintre stimuli și gratificare sau experiențele pozitive. Acum se considera că motivația se afla mai mult sub controlul stimulilor și nu mai era un instinct. Odată cu apariția mai multor perspective cognitive, motivațiile au început să fie înțelese ca fiind conduse de stimulente. Până la urmă, oamenii sunt motivați de o combinație formată din reducerea pulsiunii, stimulente și așteptări. De exemplu, în Capitolul 3, Tompkins explică faptul că, atunci când sunt înfometați, oamenii au o puternică motivație de a mânca, provocată de necesitate, reducându-și astfel instinctul de foame. Cu toate acestea, după o masă bună, motivația de a mânca plăcintă cu mere este mai mult susținută de stimulent decât de necesitate. El conchide că, pe măsură ce

 comportamentele, cum ar fi cele sociale, sunt mai complexe, crește probabilitatea ca ele să fie motivate de un număr de experiențe provocate de necesitate și de stimulent.

Motivația evitării este, de asemenea, un concept major în TCC. Fiecare emoție are o tendință motivațională, iar aceste tendințe contribuie la valoarea adaptativă a emoției înseși. În cazul anxietății, tendința motivațională este de a evita amenințările percepute sau pericolele, de exemplu. Cu toate acestea, aceleași tendințe motivaționale pot menține și o tulburare emoțională, cum ar fi tulburarea de anxietate, atunci când devin rigide și fixe, în ciuda dovezilor că nu există niciun pericol. Decizia de angajare într-un anumit comportament este strâns legată de așteptarea plăcerii sau ușurării asociate cu comportamentul motivat. Din această perspectivă, atât situațiile externe, cât și cele interne pot fi evitate. În TCC, evitarea experiențială include evitarea gândurilor, a sentimentelor, a amintirilor, a senzațiilor fizice și a altor experiențe interioare care duc la o funcționare zilnică mai puțin adaptativă. Așadar, aceasta este evitarea din cauza fricii de emoție: fie evitarea situațiilor, fie comportarea în feluri care să distragă individul de la emoția negativă, care nu mai este simțită. Prin detașarea individului de simțire, evitarea experiențială interferează cu funcționarea răspunsului emoțional care ne informează despre experiența subiectivă interioară. Și, pentru că experiența noastră interioară este cea care ne influențează alegerile conștiente, evitarea experiențială are efectul de limitare a opțiunilor. Ea împiedică indivizii să profite de oportunitatea de a-și urmări satisfacerea nevoilor și de a trăi cu sens. Conceptul cel mai apropiat de evitare este, în teoria psihanalitică, apărarea. Indivizii se apără împotriva emoțiilor lor, pentru a evita ideile asociate cu ele; ei reprimă afectul și se

angajează într-o luptă împotriva tendinței de a avea conștiință și dorința de a nu avea, și între capacitatea de a tolera emoția și înclinația de a o evita din cauza durerii pe care o pot provoca sentimentele. Aici emoțiile sunt mai curând ținute în afara conștiinței decât evitate.

TCE bazată pe perspectivele umanistic-experiențiale a pornit de la ideea că experiența care este inacceptabilă pentru sine este negată sau distorsionată. Astfel, ceea ce în TCC se numește evitarea experienței, iar în psihanaliză, apărare împotriva emoției, în TCE se consideră drept neexperimentare sau renegare. TCE consideră că indivizii blochează conștientizarea emoțională, prin întreruperea activă a experienței emoționale sau negarea tendințelor către acțiune, pentru a se proteja, din frica de a nu fi copleșiți de emoție și a se dezintegra. Totuși, motivația de a realiza acest blocaj în TCE este înțeleasă ca o încercare de gestionare pentru a împiedica prăbușirea, și nu ca evitare a durerii.

Terapia centrată pe emoție

Teoria umanistă consideră că oamenii au o tendință inerentă de a crește și de a-și atinge potențialul maxim. Conform lui Rogers (1951), indivizii au o capacitate înnăscută de a decide cele mai bune direcții în viață, cu condiția ca circumstanțele să ducă la acestea, iar luarea de decizii se bazează pe nevoia universală a organismului de a se automenține, de a înflori, de a crește și de a se autoproteja. Până la urmă, împreună cu alți umaniști, el a numit acest construct teoretic tendință de actualizare (Maslow, 1962; Perls, 1969; Rogers, 1951). Aceștia credeau că un comportament al unui organism poate fi pus pe seama menținerii, dezvoltării și reproducerii lui. TCE, o teorie neoumanistă, se baza în

mod similar pe noțiunea de tendință de supraviețuire și creștere, dar nu a adoptat perspectiva lui Maslow asupra tendinței de actualizare ca motivație de a ne împlini potențialul (Maslow, 1962). Mai curând, TCE consideră că singura motivație de bază este adaptarea la mediu, pentru supraviețuire și dezvoltare; de asemenea, ea consideră că emoția este procesul care guvernează adaptarea, evaluând ce este bun și ce este rău pentru organism. În plus, în loc să postuleze o serie de motivații de conținut fundamentale, cum ar fi atașamentul sau controlul, TCE înțelege că nevoile psihice apar dintr-un proces de construire a unei interacțiuni între înclinațiile și preferințele înnăscute și valorile afective a ceea ce este bun și rău pentru noi, în experiența trăită. De aceea motivația este secundară emoției sau reprezintă un aspect al ei. TCE postulează că organismele ajung pe lume cu o motivație de a supraviețui și a înflori, însoțită de o serie de afecte care susțin acest obiectiv. În plus, organismul este născut cu două mecanisme generale care îl ajută să atingă acest țel: reglarea afectului și crearea de semnificație.

Metode de schimbare emoțională

Din ce în ce mai multe dovezi demonstrează că travaliul activ pentru intensificarea participării emoționale a clientului în terapie poate îmbunătăți rezultatele în diferite tipuri de psihoterapie (Greenberg, 2011; Whelton, 2004). În această secțiune, discutăm metodele de intervenție și interacțiune, precum și tehnicile pe care le utilizează diferite abordări în lucrul cu emoția.

Relația și alianța terapeutică sunt considerate importante deoarece oferă un cadru sigur pentru a dezvălui lucruri

profund personale și a deveni vulnerabil. Colaborarea este esențială în toate abordările, permițând diadei să lucreze asupra experiențelor dificile din punct de vedere emoțional. Mai mult, lucrul cu schimbarea amintirilor este o metodă importantă în toate cele trei tradiții. Reconsolidarea memoriei, o nouă abordare a acesteia, a fost recent adoptată de toate abordările pentru explicarea modului în care se schimbă afectul. Cele mai recente cercetări din neuroștiințe (Nadel și Bohbot, 2001; Nader, Schafe, și LeDoux, 2000) au demonstrat că, de fiecare dată când este recuperată o amintire, urma mnezică subiacentă este labilă și deschisă la un nou input înainte de a fi reconsolidată într-o amintire actualizată. Se crede acum că, în terapie, amintirile emoționale problematice pot fi schimbate prin activarea „vechii" amintiri emoționale și introducerea unei noi experiențe în timpul perioadei de labilitate. În acest fel, angajamentul emoțional reactivează amintirile vechi și le face mai labile și plastice și, de aceea, deschise la un nou input și o nouă actualizare.

Diferitele abordări își propun, toate, să schimbe amintirile prin oferirea de input nou, însă par să difere ca perspectivă asupra acelui input, într-un mod foarte revelator. În gândirea psihodinamică, noua relație cu terapeutul servește drept loc sigur de revizuire a amintirilor atașate emoțiilor. În acest mod, terapeutul și clientul rememorează, revizuiesc și reexperimentează amintirile vechi și le conectează cu noi insighturi, în timp ce experimentează și observă emoția. În TCC, inputul este reprezentat de informația nouă și neașteptată care inhibă sau concurează cu ceea ce fusese învățat anterior, în timp ce în TCE este reprezentat de introducerea unui răspuns emoțional nou evocat la un stimul vechi, prin puneri în scenă de tip psihodramă, în timpul ședinței, sau prin imagerie. La toate, activarea emoției

 joacă un rol vital, dar modul în care fiecare abordare explică schimbarea evidențiază diferența dintre teorii, întrucât fiecare vede procesul de reconsolidare a memoriei în termenii propriei sale teorii de bază asupra schimbării. Nu este surprinzător faptul că ele consideră că introducerea unei noi experiențe are loc relațional, cognitiv sau emoțional. În cele ce urmează, vom detalia perspectiva fiecărei abordări în lucrul cu emoția.

Terapia psihodinamică

Psihanaliza consideră că, atunci când emoția devine simbolizată în conștientizare și este conștientă, ea intră în fluxul principal al reprezentărilor, acordându-i psihicului un anumit grad de stabilitate. Când acest lucru nu se întâmplă, el se manifestă în psihopatologie. Cel mai timpuriu mecanism al schimbării a fost probabil noțiunea transformării a ceea ce este inconștient în ceea ce este conștient. Acest lucru a rămas un filon influent, pe parcursul timpului, nu numai în abordarea psihanalitică, ci și în alte abordări. În timp, această noțiune a evoluat într-o distincție între insightul emoțional și cel intelectual. Pentru primii psihanaliști, când o emoție era verbalizată și atașată unei serii de idei, acest lucru îi ajuta pe indivizi să metabolizeze și să regleze ceea ce simțeau.

În travaliul psihodinamic, emoția este în general adusă la viață în transfer. Ceea ce se întâmplă în relația dintre un terapeut și un client în cadrul transferului permite revizuirea, reexperimentarea și reorganizarea experienței emoționale timpurii. Din acest punct de vedere, singurul proces care se dovedește a fi baza transformării emoțiilor este repetarea experiențelor emoționale timpurii în transfer. Această repetare oferă un

material esențial pentru interpretările psihanalitice, însă clientul nu doar își amintește aceste experiențe sau are un insight, ci le și retrăiește emoțional, transferând multe sentimente trecute asupra relației prezente. Observarea, recunoașterea și „lucrul în transfer" rămân un aspect central al metodelor psihoterapeutului psihodinamic. În plus, lucrul în transfer solicită întreaga atenție grijulie a terapeutului față de propriile sale răspunsuri emoționale, precum și capacitatea de a accepta sentimentele de contratransfer, cum ar fi furia, plictiseala, respingerea și multe alte experiențe emoționale care oferă informații despre ceea ce se întâmplă în relația terapeutică. Relația transferențială și credința în inconștient sunt, astfel, esențiale în toate eforturile psihodinamice de astăzi. Terapia bazată pe mentalizare (TBM) reprezintă totuși o modificare semnificativă a unei tehnici psihodinamice mai tradiționale. Abordarea ei în lucrul cu emoția integrează psihanaliza dezvoltării cu psihologia dezvoltării, precum și neuroștiințele cu teoria atașamentului. Din această perspectivă, lucrul cu emoția este o parte centrală a procesului de eșafodare a tratamentului în care obiectivul principal este reglarea afectului. În TBM, emoția este activată în relație și apoi mentalizată. Pe lângă mentalizare, conform lui Kernberg (1988), maturitatea este indicată și de conștientizarea simultană sau integrarea emoțiilor pozitive cu cele negative, referitoare la sine și la ceilalți, și o abilitate sporită de conștientizare și tolerare a emoțiilor negative.

În psihanaliză, focalizarea pe insightul emoțional este apreciată mai mult decât cea pe insightul intelectual, indicând faptul că o nouă înțelegere trebuie să fie însoțită de afect. În acest scop, terapeutul utilizează o combinație de înțelegere, clarificare, interpretare și confruntare. Una dintre modalitățile prin care terapeuții psihodinamici sprijină clientul este oferirea de

ipoteze despre modul în care acesta gestionează sentimentele și gândurile dificile prin intermediul mecanismelor de apărare care ajută individul să țină sentimentele cum ar fi anxietatea la distanță sau sub control. Odată oferită ipoteza, terapeutul verifică reacția emoțională a clientului: verbală și nonverbală, conștientă și inconștientă. Una dintre directivele clasice este de a oferi interpretări conectoare, lucrând cu noțiunea de conflict. Când interpretările se concentrează pe afect, acest lucru presupune conectarea impulsului sau afectului cu anxietatea și apărarea. În TPD, insightul emoțional este privilegiat în fața insightului intelectual. Exprimarea emoțiilor este poarta de acces către viitoarea construcție a sensului narativ.

Majoritatea acestor metode sunt unice abordării psihanalitice. Deși TCE și TCC recunosc importanța relației terapeutice și a dezvoltării unei alianțe de lucru, ele nu utilizează explicit conceptul de transfer. Ele nu lucrează cu aspectele transferențiale ale relației ca modalitate de a activa emoția sau a produce schimbarea în tiparele interpersonale. Noțiunea lui Kernberg (1988) de integrare a afectelor pozitive și negative a fost asimilată în TCE ca proces important; pe de altă parte, nu se lucrează cu ea în transfer și nu există o utilizare clară a acesteia în TCC. Mentalizarea este un proces pe care probabil îl utilizează toate abordările, dar care are o semnificație diferită pentru fiecare. TCC se referă la distanțarea de emoție prin monitorizare și conștientizare. TCE se referă la simbolizarea emoției prin conștientizare și conferirea de sens. În TPD, mentalizarea este realizată prin introducerea unor noi modalități de interacțiune în cadrul relației terapeutice, promovând reglarea afectului și, ca rezultat, capacitatea de mentalizare, chiar și atunci când se evocă sau se reexperimentează amintiri sau

experiențe traumatice. În TCE, simbolizarea este realizată prin explorare empatică și oferirea de ipoteze, precum și prin descoperirea clientului (de exemplu: „Deci asta te-a făcut să te simți singur, îmi imaginez că te-ai simțit incorect tratat și furios".), iar în TCC în principal prin autoînregistrare sau prin exersarea meditației de tip mindfulness, terapeutul făcând legătura între cogniție și afect (de exemplu: „Păreai nervos atunci. Ce îți trecea prin minte?"), pentru a spori pe moment conștientizarea emoțiilor, cognițiilor și comportamentelor, precum și a relațiilor dintre ele. În TBM, centrarea pe afect înseamnă surprinderea afectului în imediatul momentului — și nu neapărat în relația sa cu conținutul ședinței, ci mai ales în legătură cu ceea ce se întâmplă în prezent între client și terapeut. TBM postulează că o scurtă interpretare care identifică sentimentul prezent dintre client și terapeut, precizând verbal și nonverbal schimbările din cadrul afectelor, este posibil să propulseze o ședință mai eficient decât interpretarea conținutului narațiunii. Cu toate acestea, sunt frecvent prezentate în acest context multe furtuni afective și acte de iubire și îngrijire solicitate explicit. Terapeutul TBM le observă și le reflectă cu voce tare pe un ton curios și autentic, pe care simte că îl poate accesa și interioriza clientul, astfel încât acesta din urmă să poată simți conținere și un sentiment sporit de control asupra gândurilor și sentimentelor sale.

Terapia cognitiv-comportamentală

Abordarea cognitiv-comportamentală presupune un model de învățare. Ca atare, obiectivul TCC este de a facilita noile deprinderi în slujba unor comportamente și răspunsuri emoționale noi și mai adaptative, ceea ce duce la diferențe

 semnificative față de TPD și TCE în privința metodelor .de obținere a schimbării. Principalele metode sunt restructurarea rațională, psihoeducația, experimentele comportamentale (EC) și expunerea. Psihoeducația, EC și expunerea sunt mai relevante pentru lucrul direct cu emoția. În restructurarea cognitivă, clienții învață să identifice și apoi să evalueze cognițiile care le influențează reacțiile emoționale, învățând astfel să schimbe o reacție emoțională disproporționată cu una proporționată. Deși clienții pot să nu creadă profund în ceva nou, restructurarea cognitivă îi ajută să fie curioși față de ceea ce ei consideră că este adevărat. Rezultatul poate fi o serie de alte strategii, cum ar fi EC sau expunerea, care pot oferi o deprindere nouă și profundă.

Emoția poate fi implicată și în sporirea noilor deprinderi, în dobândirea de abilități și funcționarea adaptativă. Cele mai eficiente abilități sunt cele pe care clienții le pot utiliza în prezența emoției înalt negative. TCC își sprijină clienții nu doar să dobândească abilități noi, ci și să câștige încrederea că își pot folosi aceste abilități când simt emoții intense. De exemplu, este important să fie încrezători că pot vorbi asertiv atunci când se simt frustrați sau iritați de ceilalți. De aceea TCC nu se limitează la abilități de învățare a clienților să reducă reacțiile emoționale, ci îi ajută și să capete încredere că abilitățile lor interpersonale, de exemplu, vor funcționa chiar și când se vor simți anxioși, furioși sau vinovați. Prin urmare, terapeuții cognitiv-comportamentali vor organiza întotdeauna achizițiile de noi competențe pentru a include exersarea activă a abilității respective în prezența emoției puternic negative.

În TCC, clienții cu tulburări emoționale sunt învățați strategii de gestionare a răspunsurilor emoționale, pentru îmbunătățirea funcționării zilnice. Așadar, metodele se focalizează deseori

asupra reglării emoției fie direct — de exemplu, prin strategii de relaxare —, fie indirect, prin strategii de restructurare cognitivă, de pildă. Psihoeducația este o strategie esențială care le furnizează clienților informații corecte pentru contracararea informațiilor false care le mențin reacțiile emoționale și comportamentale dezadaptative. De exemplu, unui client cu fobie de pisici, care evită informațiile despre pisici, îi pot lipsi informațiile corecte și utile despre comportamentul felin. TCC include multe tehnici de ajutare a clienților să-și atenueze reacțiile emoționale atunci când este recomandabil. De exemplu, autoînregistrarea îl învață pe client despre emoții; îl învață că acestea cresc și apoi scad, nu cresc nedefinit, și că ele sunt în legătură cu cognițiile și pot fi tolerate. În plus, prin EC, psihoeducație sau restructurare cognitivă, clienții pot dobândi, explora și testa convingerile referitoare la reacțiile emoționale.

Alte strategii de distanțare față de emoție și deci de reglare indirectă a reacțiilor emoționale includ reglarea atenției. Atenția concentrată calmează psihicul prin orientarea ei repetată asupra unui singur obiect, cum ar fi respirația. Monitorizarea deschisă îndreaptă atenția spre ceea ce apare, cum ar fi o senzație corporală sau o emoție pe care clientul o etichetează apoi. Terapiile cognitiv-comportamentale din al treilea val pun accent mai mare pe strategiile contextuale și experiențiale, pentru a spori eficiența intervențiilor cognitiv-comportamentale tradiționale. Exemplele includ meditația mindfulness, care le permite clienților să accepte și să tolereze emoțiile, precum și meditațiile de iubire-bunătate și compasiune, care adaugă un element de grijă, alinare și conștientizare liniștitoare.

Spre deosebire de gestionarea emoțiilor în scopul reglării lor prin atenuare, angajamentul emoțional în timpul EC și excitarea

emoțională în timpul expunerii sunt considerate esențiale pentru producerea schimbării profunde și durabile. Terapeutul folosește aceste strategii, împreună cu imageria, jocurile de rol sau dialogurile dintre două scaune, pentru a activa emoția. În plus, punerile în scenă au un efect mult mai amplu asupra cogniției, emoției și comportamentului decât informația pur verbală. Noul conținut învățat, care poate apărea prin procesul de activare, poate proveni din codificarea memoriei prin mai multe modalități (de exemplu, vizuală, auditivă, chinestezică), ceea ce duce la informații dobândite emoțional sau experiențial.

Procedurile de expunere sunt cel mai eficiente atunci când există un nivel adecvat de excitație. Expunerea implică în general întocmirea unei ierarhii a sarcinilor de expunere, de la aceea care provoacă cea mai puțină anxietate până la aceea care provoacă cea mai multă, care vizează indiciile principale, interne și externe, ale fricii clientului. Clientul parcurge procesul de expunere, începând cu sarcinile care provoacă reacții de frică relativ scăzute. Ierarhia îi oferă acestuia un oarecare „control" perceput asupra procesului de expunere și, în acest fel, îi sporește disponibilitatea către abordarea situațiilor de care se teme, în loc de evitarea lor. TCC se străduiește să învețe clienții abilități pentru reglarea reacțiilor emoționale dezadaptative, cât și pentru experimentarea completă a unor emoții, atunci când evitarea lor creează probleme.

TCC include o serie întreagă de strategii pentru creșterea disponibilității sau motivației clienților de a acționa în feluri care de multe ori sunt contrare modului în care simt ei. De exemplu, restructurarea cognitivă poate introduce informații inedite care incită curiozitatea și încurajează clienții să-și pună sub semnul întrebării ipotezele și convingerile în noi modalități,

ca atunci când auzim din partea acestora: „Niciodată nu m-am gândit la asta în acest fel" Expunerea treptată sporește disponibilitatea clientului de a aborda situația temută sau reacția emoțională în sine, întrucât calea de urmat este clară, determinată și aflată sub controlul clientului. Noul conținut învățat, derivat din aceste procese, îl motivează pe client să se angajeze în reacții mai adaptative la situațiile-problemă. Clienții învață importanța reacției contraintuitive la tendințele lor motivaționale, ceea ce este esențial. În tulburările emoționale, reacțiile intuitive la frică (respectiv, evitarea), la furie (respectiv, atacul) și la tristețe (respectiv, retragerea) mențin problema, nu o rezolvă.

Terapia centrată pe emoție

TCE își propune să acceseze emoțiile primare de bază, prin utilizarea acordajului empatic la afect, a atenției ghidate și a stimulării prin punerea psihodramatică în scenă și imagerie, precum și, dacă emoția este copleșitoare, folosind reglarea ei prin obținerea unei distanțe funcționale față de ea. Distincția dintre primar și secundar, adaptativ și neadaptativ este importantă în ghidarea intervenției. Obiectivul este ajungerea la emoția primară prin depășirea emoției secundare, reactive, care ascunde emoția primară. Odată ce emoția primară este atinsă, dacă este o emoție adaptativă, ea este utilizată la încurajarea schimbării prin intermediul tendinței sale către acțiune și al nevoii de acțiune. Dacă este o nevoie dezadaptativă dureroasă, ea este transformată prin activarea emoțiilor adaptative opuse. O metodă esențială de activare a emoțiilor opuse este susținerea clienților să simtă că merită să-și satisfacă nevoile anterior

 neconștientizate și nesatisfăcute. Sistemul dinamic și autoorganizator al emoției reacționează atunci automat cu furie adaptativă, tristețe sau compasiune la nesatisfacerea nevoilor.

În TCE, schimbarea este astfel produsă prin transformare, nu prin expunere. Terapiile cognitive din al treilea val tind să interpreteze că TCE expune individul la emoție, dar în TCE transformarea merge dincolo de expunere. Transformarea nu este o reducere a emoției simptomatice sau extincția reacțiilor nedorite; mai curând, este schimbarea unei scheme emoționale de bază printr-o experiență nouă, opusă și crearea unor stări noi. În plus, transformarea nu este dezvoltarea unei deprinderi contrare care învinge sau suprimă reacția nedorită, ci este un proces de combinare a vechiului cu noul, pentru a forma o reacție total inedită (Greenberg, 2015). TCE adoptă o perspectivă de dezvoltare în care nu învățarea condiționată și semnificația stimulului sunt cele care trebuie schimbate prin expunere și învățarea unor asocieri mai adaptative, ci transformarea se consideră că apare prin combinarea schemelor care iau naștere prin coactivarea vechii emoții dureroase și a noii experiențe emoționale la aceeași situație-stimul. În timp ce expunerea se focalizează pe reducerea emoțiilor simptomatice, cum ar fi fricile și fobiile traumatice, TCE se concentrează pe trăirea și exprimarea noii emoții adaptative primare, pentru a anula emoția dezadaptativă; nu se concentrează pe extincția sau pe obișnuirea cu emoția secundară. Diferențierile dintre emoție primară/secundară și adaptativă/dezadaptativă sunt distincții importante între expunere și transformare. TCE promovează transformarea utilizând patru procese: (a) acceptare, (b) conferire de sens, (c) schimbarea emoției cu altă emoție și (d) crearea de noi semnificații. Aceasta înseamnă mai mult decât simpla expunere și implică crearea

unor noi stări emoționale, și nu doar o reducere a emoției simptomatice.

Simpla sprijinire a individului să accepte emoțiile dezadaptative primare dureroase nu este suficientă. TCE trece dincolo de acceptare, pentru a promova transformarea și a conferi un sens emoției, ceea ce presupune construirea unor noi narațiuni. În final, schimbarea implică combinarea rațiunii cu emoția prin atașarea unui sens emoției, și nu prin reducerea ei.

Primul proces de schimbare este secvența în doi pași de trecere de la emoțiile simptomatice reactive secundare la emoțiile primare, de exemplu, de la anxietatea secundară la furia adaptativă sau rușinea dezadaptativă de bază. Un alt proces al schimbării îl reprezintă secvența în doi pași de trecere de la emoțiile dezadaptative la emoțiile adaptative, de exemplu, de la frica dezadaptativă la furia adaptativă ce imprimă capacitate de acțiune. Acest proces este mult facilitat prin accesarea unui sentiment de a fi meritat satisfacerea nevoilor anterior nesatisfăcute în emoție (în acest caz, nevoia de siguranță în frică). În emoția adaptativă, nevoia și tendința către acțiune oferă sens și orientare. În emoțiile dezadaptative, ceea ce facilitează accesul la emoțiile adaptative de furie asertivă de tristețe a doliului sau de autocompasiune pentru a nu-i fi fost satisfăcute nevoile este un sentiment de îndreptățire față de nevoia nesatisfăcută și validarea ei de către terapeut. Acest acces la nevoi mobilizează un sentiment de control în individul care are tendințe către acțiunea de abordare, care anulează tendințele către acțiunea de retragere din sentimentele dezadaptative (deseori de rușine și frică). Secvența în trei pași trece de la emoția secundară la emoția dezadaptativă de bază și apoi la emoția adaptativă (Greenberg, 2002; Greenberg și Paivio, 1997). Aceasta este importantă și s-a

 demonstrat că duce la schimbare în TCE (Herrmann, Greenberg, și Auszra, 2016; Pascual-Leone și Greenberg, 2007).

TCE lucrează în sensul emoției simțite visceral pentru a facilita accesul la tendința către acțiune, iar activarea nevoii și schimbarea apar prin intermediul transformării, mai curând decât prin expunere, înțelegerea tiparelor, învățarea prin condiționare, exersarea abilităților sau psihoeducație. TCE nu intervine direct în modificarea simptomului, ci se concentrează asupra accesării emoției care stă la baza simptomului. Și, în loc să înțeleagă emoția, să o regleze sau să se distanțeze de ea, TCE o accesează pentru a obține informații și tendințe către acțiune. Odată acceptate și experimentate, sentimentele de bază trebuie să fie procesate conform celor șase principii TCE ale schimbării emoționale (vezi Capitolul 4).

Comparație

Cum se compară, ca metode de lucru cu emoția, cele trei abordări? La nivel de tehnică par să existe puține asemănări între metodele actuale. Utilizarea psihanalitică a transferului ca metodă centrală nu se regăsește în TCC sau TCE. Utilizarea de către TCC a restructurării cognitive, EC sau expunerii nu se regăsește în psihanaliză sau TCE. Pe de altă parte, TCE folosește activarea noilor emoții pentru schimbarea vechilor emoții, prin intermediul dialogurilor între două scaune, care nu sunt folosite în TPD sau TCC. Dialogurile între scaune au fost incorporate în TCC, dar sunt considerate drept o metodă de activare a emoției în slujba dezvoltării unor noi convingeri mai adaptative. Toate abordările folosesc o anumită formă de psihoeducație, dar nu așa de explicit ca în TCC. Probabil, cea mai mare diferență

între abordări vine din utilizarea tehnicii psihodinamice. TCE se află undeva la mijloc între celelalte două abordări, în termenii utilizării tehnicii psihodinamice. EC pot fi considerate similare punerilor în scenă din cadrul transferului sau dialogurilor dintre scaunele goale cu persoanele semnificative, prin aceea că toate încurajează o nouă experiență; totuși, aceste metode diferă în mod clar și se bazează pe idei diferite referitor la modul în care susțin schimbarea. Există un aspect comun în ceea ce privește principiile schimbării la nivel mediu, cum ar fi experiența nouă și feedbackul, dar și diferențe la nivelul inferior al acțiunii sau tehnicii.

Toate tradițiile consideră utilă abordarea emoțiilor indezirabile — indiferent că o numesc învingerea evitării sau apărărilor, sau negarea emoției. Mai mult, toate consideră că acceptarea emoției este terapeutică. Etichetarea verbală a emoției — fie că este numită conștientizare, mentalizare, simbolizare sau experimentare — este considerată la fel de utilă. În plus, toate cele trei abordări folosesc strategii de reglare a emoției, cum ar fi respirația, autocompasiunea sau autoliniștirea, precum și distanțarea față de emoție, astfel încât să poată fi observată, deși reglarea emoției este prezentă mai explicit în TCC și TCE.

O mare zonă de suprapunere potențială o reprezintă activarea emoției și excitarea emoțională, care este frecvent considerată sinonimă cu expunerea. Totuși, acest aspect aparent comun trebuie supus unei priviri mai atente. În TCC, expunerea presupune confruntarea repetată cu un obiect sau o situație temută, pentru a dezvolta o nouă deprindere pe care clienții să o poată folosi pentru a inhiba vechea deprindere dezadaptativă. În TPD, excitarea emoțională s-a considerat că apare predominant în transfer și că încorporează insightul mai profund într-o

 narațiune nou-formată, în timp ce în TCE, excitația se consideră că provoacă deschiderea emoției spre transformarea realizată de către inputul noii emoții. În TCC, activarea convingerilor de bază duce la excitație emoțională și, în această stare excitată, sunt dobândite noi informații care formează apoi noi convingeri. Odată formate, noile convingeri atenuează excitația prin inhibarea vechii deprinderi dezadaptative. Aceste perspective au unele asemănări, dar tipul de excitație apărut în experiența relațională cu terapeutul psihodinamic, așa cum este frica de abandon sau critica, este diferit de tipul de excitație la care se face referire în TCC, de exemplu fobiile sau trauma. Tipul de excitație din TCE are anumite asemănări cu TPD, dar apare în general nu în relația cu psihoterapeutul, ci în dialogurile imaginare cu figurile de atașament primar pe un scaun gol. Noțiunea TCE referitoare la transformarea prin excitație emoțională este diferită de cea din perspectiva TCC. În TCC, noile informații sunt reprezentate de noile informații cognitive conform cărora convingerea nu era rațională sau adaptativă; cu toate acestea, în TCE este o nouă emoție. Noul punct de vedere al TCC — că schimbarea care are loc în timpul expunerii presupune o nouă deprindere care poate inhiba vechea deprindere (Craske et al., 2008), și nu obișnuirea — are unele elemente comune cu noile experiențe emoționale de dezvoltare din travaliul psihanalitic și cu schimbarea emoției din TCE. Din nou totuși există diferențe la nivelul procesării. În travaliul psihanalitic, este vorba despre explorarea noilor emoții în contextul noii experiențe interpersonale; în TCC, de noua deprindere cognitivă; în TCE, de noua experiență emoțională.

Probabil că imageria este utilizată în toate abordările, pentru a ajuta accesarea emoției și a promova schimbarea. În psihanaliză, imageria este probabil cel mai mult utilizată pentru explorarea

inconștientului, în special în explorarea viselor și reveriilor. TCC folosește imageria în moduri structurate de expunere a clienților la situațiile anxiogene și, posibil, ca experimente de imaginație pentru a promova reaccesarea amintirilor dureroase. TCE folosește în mod similar imageria pentru a reaccesa situații din trecut și în dialogurile dintre scaune, care implică ele însele o combinație de punere în scenă și imagerie.

Nici travaliul psihanalitic, nici TCE nu folosesc experiențe terapeutice exterioare pentru a crea noi experiențe care să provoace așteptări, pe de altă parte TCE recurge la teme pentru acasă pentru a spori conștientizarea și/sau a exersa noi experiențe emoționale care au apărut deja în ședință. TCC încurajează utilizarea strategiilor care contracarează evitarea emoțională, cum sunt apropierea de un obiect sau de o situație anxiogenă, sau angajarea în activități plăcute pentru a contracara pierderea motivației care însoțește depresia. Nici terapia psihodinamică, nici TCE nu încearcă să învingă reacțiile emoționale intuitive prin voința deliberată pe care o consideră aproape contraterapeutică și despre care cred că sporește adaptarea, dar nu susține schimbarea la un nivel mai profund.

Atât TCC, cât și travaliul psihanalitic se concentrează pe natura dezadaptativă a emoției și pe potențiala ei capacitate perturbatoare, în special când clienții nu-și pot regla reacțiile emoționale pentru a fi eficienți în viețile lor. Ambele abordări evidențiază gestionarea emoțiilor problematice care îi copleșesc pe clienți sau duc la dezorganizare. TCE, pe de altă parte, nu se centrează pe emoția instabilă ca loc al schimbării, ci o consideră ca pe o reacție la emoțiile subiacente, pe care le ascunde și care generează instabilitatea; se concentrează asupra accesării acestor emoții de bază. Și psihanaliza se concentrează asupra factorilor

 aflați la bază, dar tinde să nu-i considere explicit drept cauze ale emoției.

Ca modalitate rapidă de comparare a abordărilor în lucrul cu emoția, fiecare autor a comentat referitor la aspectele pe care o emoție le-a semnalat fiecăruia într-o situație comună din cadrul unei ședințe și a oferit un exemplu de reacție scurtă la emoție. Desigur, modul de reacție a terapeutului variază în funcție de client, context, stadiul terapiei și alți factori.

A fost aleasă o situație cu o clientă obișnuită, care se luptă cu depresie și anxietate generalizată în mijlocul terapiei. Situația este una în care ochii clientei se umplu cu lacrimi de tristețe când vorbește despre un eveniment din trecut, iar vocea începe să-i tremure ușor.

În Capitolul 2, Malberg sugerează că emoția ar putea să-i semnalizeze terapeutului existența unei comunicări între client și terapeut, una care ar putea reprezenta întoarcerea unei amintiri refulate atașate de un sentiment specific sau un mod de a gestiona gândurile sau sentimentele conflictuale sau dureroase. În acest context, un terapeut psihodinamic ar putea să-și invite clientul să acorde atenție schimbărilor afective din ședință. De exemplu: „Am observat că, atunci când încep să te întreb mai multe despre situația cu sora ta, începi să plângi, iar vocea ți se stinge" Terapeutul psihodinamic încearcă să păstreze noul sentiment apărut și adaptează ritmul următoarei intervenții, încercând să facă legătura cu procesul care are loc în ședință sau cu informațiile comunicate în trecut. De exemplu: „Felul în care pari că te simți acum îmi aduce aminte de descrierea reacției pe care ai avut-o în fața furiei tatălui tău, când erai mică". Prima intervenție se focalizează pe dimensiunea aici-și-acum a ceea ce psihoterapeutul psihodinamic numește transfer; de asemenea,

invită clientul să se autoobserve și să rămână în prezența sentimentului. Invitând clienta să procedeze astfel, terapeutul intenționează crearea unui spațiu în care emoția și memoria să poată fi conectate și observate. Cu această intervenție, terapeutul psihodinamic încearcă să obțină un echilibru între aspectul cognitiv și cel afectiv din interiorul clientei. De asemenea, psihoterapeutul psihodinamic ascultă și numește utilizarea defensivă a emoției. De exemplu: „Vorbeam despre dificultățile pe care le ai cu fiica ta, totuși îmi spui cât de relaxată și fericită ești. Sunt un pic derutat. Mă întreb dacă nu este prea dureros uneori să vorbești despre aceste lucruri". Rezumând, psihoterapeutul psihodinamic abordează emoția implicit, încercând să „îl întâlnească pe client acolo unde este el" prin tonul vocii sale, viteza discursului și alte moduri nonverbale de a se conecta cu emoția. Terapeutul ascultă explicit emoția ca pe o comunicare despre dimensiunea aici-și-acum a relației terapeutice (de exemplu: „Mi se pare că replica mea te-a făcut un pic defensivă".) și despre trecut (respectiv, păstrătorul amintirilor).

În Capitolul 3, Tompkins susține faptul că, în ședințele TCC, emoția semnalează terapeutului cognitiv un gând sau o convingere relevantă clinic, asupra căreia terapeutul se concentrează apoi. Un terapeut cognitiv atent va întreba: „Văd că simți ceva acum. Ce ți-a trecut prin minte chiar înainte de a te gândi la asta?" În TCC, emoția semnalizează cogniția și, în mod tipic, o cogniție relevantă care trebuie țintită pentru schimbare. Deseori aceste cogniții sunt gânduri automate, cum ar fi: „Nimic nu se va schimba pentru mine vreodată." și „Dar dacă de data asta am o boală gravă?" În primul rând, terapeutul TCC face legătura între cogniție și emoție, apoi între cogniție și comportament. „Deci, când te-ai gândit: «Nimic nu se va schimba pentru mine

 vreodată», te-ai simțit tristă și apoi ți-ai tras pătura peste cap." Odată ce terapeutul face această legătură, el îl poate invita pe client să examineze gândul prin intermediul empirismului colaborativ, procesul de strângere de dovezi pentru confirmarea sau infirmarea unei predicții, ipoteze sau interpretări.

În Capitolul 4, Greenberg consideră că emoțiile oferă informații despre faptul dacă un lucru este bun sau rău pentru individ — dacă nevoile de supraviețuire și stare de bine au fost sau nu satisfăcute. El sugerează că terapeutul TCE ar putea răspunde cu o voce plină de compasiune: „Da, atât de dureros, de trist. Poți să mai păstrezi puțin acest sentiment, să fii atentă cum se simte el în corpul tău?" Atunci, presupunând că clienta rămâne tăcută și se concentrează pe interior pentru o vreme, terapeutul poate întreba: „Ce spun lacrimile? Poți să le oferi niște cuvinte? Intenția este în primul rând de a valida și a comunica empatia; apoi, de a ghida atenția spre senzația simțită la nivel corporal și, în al treilea rând, de a ajuta clienta să simbolizeze sentimentul în cuvinte. Clienta poate spune apoi ceva de genul: „Așa o pierdere..." sau „Pur și simplu m-a făcut să mă simt așa de părăsită" Terapeutul va putea apoi să facă ipoteze despre modul în care clienta se simte goală pe dinăuntru sau foarte singură, pentru a alege semnificația idiosincrazică pentru clientă. Aceste ipoteze ajută clienta să expliciteze evaluarea implicită în emoție și, într-un final, să ajungă să-și satisfacă nevoile. Odată ce este accesată nevoia nesatisfăcută din emoția dureroasă, apar noi emoții care ajută la transformarea vechii emoții dezadaptative dureroase.

Instantaneele precedente referitoare la modul în care terapeuții ar putea gestiona apariția în ședință a tipului de emoție descris anterior evidențiază faptul că terapeuți de diferite

orientări, consecvenți cu teoria lor, reacționează oarecum diferit. Toți consideră că emoțiile sunt importante, dar modul în care lucrează cu ele este diferit. TPD consideră că emoția semnalizează o reacție relațională și face legătura între emoție și procesul care are loc în ședință, în timp ce acordă atenție procesului inconștient. TCC consideră emoția ca pe un răspuns la cogniție și leagă emoția de cogniție. TCE consideră că emoția conține informații și nevoi și, în loc să lege emoția de altceva, se concentrează direct asupra experienței emoționale ca limbaj emoțional care spune ceva important.

Concluzie

În psihoterapie, este util să ai o altă persoană sau o altă parte a sinelui care să poată să fie atentă la starea ta emoțională și să te ajute să o gestionezi. Psihoterapia, de orice fel ar fi ea, încearcă să ofere un mediu de siguranță în care are loc exprimarea, atestarea și procesarea emoției dificile. Forme diferite de empatie, o varietate de tipuri de interpretare și diferite metode de judecată adaptativă sunt folosite în grade diferite de toate abordările în lucrul cu emoția. În acest capitol, am încercat să comparăm modul în care diferite abordări gândesc și lucrează cu emoția în terapie, dincolo de utilizarea unor abilități comune mai generale.

În acest efort, am constatat că există asemănări și deosebiri în modul în care diferitele abordări văd emoția și schimbarea emoțională, precum și metode diferite pe care le utilizează pentru a obține schimbarea. În unele cazuri, emoția este privită ca variabilă independentă asupra căreia se poate lucra direct și care

 poate fi schimbată. Aceasta este probabil cea mai veche metodă în care catharsisul se considera că provoacă schimbarea. Totuși, această perspectivă și-a pierdut susținerea și a început să fie considerată ca simplu catharsis și simplă ventilație. Ca și proverbiala legănare a pendulului, a revenit ulterior; acum excitarea și exprimarea emoțională au fost din nou recunoscute ca posibile cauze ale întregii psihopatologii și schimbări. Emoția poate fi considerată și ca o variabilă independentă a cărei modificare e antrenată de schimbarea altor procese. Aceasta a fost cu siguranță oferta inițială majoră a abordării terapiei cognitive: faptul că schimbarea rațională poate produce schimbare emoțională. Apoi, există punctul de vedere că emoția este corelatul schimbării ca însoțitor necesar al proceselor de înțelegere, al construirii de noi narațiuni sau al schimbării convingerilor sau insightului. Toate abordările au, parțial, această perspectivă asupra emoției ca un corelat al schimbării; TPD o susține probabil cel mai puternic, considerând că emoția este corelativul unor procese cum ar fi insightul, mentalizarea, autoobservarea sporită și transferul.

Una dintre dificultățile suplimentare ale comparării abordărilor schimbării terapeutice este aceea de a ști cu certitudine pe ce tip de schimbare ne focalizăm. Două tipuri importante de schimbare par că străbat capitolele acestei cărți. Este schimbarea o schimbare în ce privește modalitatea de coping, în care se oferă o anumită formă de relație sau abilități de coping, pentru a ajuta oamenii să se simtă mai bine și să diminueze simptomul? Sau este vizată schimbarea structurală a personalității, care este considerată a fi cauza simptomului? În conformitate cu această dezvoltare emoțională care apare printr-o sinteză mai automată, inconștientă, procesele pot fi puse în antiteză cu

învățarea conștientă, care implică achiziționarea de cunoștințe sau abilități prin exersarea lor sau psihoeducație. Învățarea de acest tip se focalizează, de asemenea, pe întărirea răspunsurilor corecte și slăbirea celor incorecte, ca și pe adăugarea de informații noi în memorie. Dezvoltarea implică un tip diferit de schimbare, în care modurile fundamentale de procesare ale individului se transformă, astfel încât reacțiile simptomatice se schimbă fără a fi modificate direct. Aceste diferențe reflectă dezbaterea străveche din psihoterapie, care contrastează insightul cu schimbarea comportamentală. În multe feluri, aceasta se repetă aici în domeniul emoției. Gestionarea situației (*coping*-ul) și transformarea sunt diferite, dar amândouă par importante. Întrebările care trebuie luate în considerare în această privință, indiferent de abordare, sunt: Când să ajut indivizii cu dobândirea de abilități de adaptare? Când să optez pentru transformare? Mai specific, întrebările devin: Când să reglez emoția și când să o activez? Când să o accept și când să o schimb? Aceste întrebări au nevoie de investigații ulterioare. În plus, nu este vorba doar despre ce fac terapeuții când lucrează cu emoția, ci și de când fac acest lucru. Studiile și clarificările ulterioare ale acestor întrebări centrate pe emoții de către cercetarea directă a emoției în psihoterapie vor duce în final la o mai mare înțelegere și eficacitate terapeutică în lucrul cu emoția.

Bibliografie

Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality, and psychopathology. În P.M. Salkovskis (ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1–25). New York, NY: Guilford Press.

Craske, M.G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N. și Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *46*, 5–27. http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.003

Goldfried, M.R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist*, *35*, 991–999. http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.35.11.991

Greenberg, L.S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, *12*, 154–189. http://dx.doi.org/10.1037/1053-0479.12.2.154

Greenberg, L.S. (2014). *Terapia centrată pe emoții*. București: Gestalt Books.

Greenberg, L.S. și Paivio, S.C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.

Grencavage, L.M. și Norcross, J.C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology, Research and Practice*, *21*, 372–378. http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372

Herrmann, I.R., Greenberg, L.S. și Auszra, L. (2016). Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *26*, 178–195. http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.958597

Kernberg, O.F. (1988). Psychic structure and structural change: An ego psychology object relations theory viewpoint. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *36S* (Supl.), 315–337.

Maslow, A.H. (1962). *Toward a psychology of being*. Princeton, NJ: Van Nostrand.

Nadel, L. și Bohbot, V. (2001). Consolidation of memory. *Hippocampus, 11*, 56–60. http://dx.doi.org/10.1002/1098-1063(2001)11:1<56::AID-HIPO1020>3.0.CO;2-O
Nader, K., Schafe, G.E. și LeDoux, J.E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature, 406*, 722–726. http://dx.doi.org/10.1038/35021052
Pascual-Leone, A. și Greenberg, L.S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "the only way out is through." *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 875–887. http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.875
Perls, F.S. (1969). *Gestalt therapy verbatim.* Lafayette, CA: Real People Press.
Rogers, C.R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
Whelton, W.J. (2004). Emotional processes in psychotherapy: Evidence across therapeutic modalities. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 58–71. http://dx.doi.org/10.1002/cpp.392

Un prim obiectiv al psihoterapiei este de a ajuta oamenii să-și aline suferința emoțională, diferitele abordări psihoterapeutice făcând eforturi pentru a înțelege emoția și contribuția ei la experiența zilnică de a fi om. În volumul de față autorii prezintă modurile în care abordările psihoterapeutice cele mai practicate în prezent – psihodinamică, cognitiv-comportamentală și centrată pe emoție – privesc rolul emoției în terapie. În fiecare capitol este adus în atenție impactul emoțiilor asupra dezvoltării copilului și a proceselor de învățare, relația dintre emoție și motivație și modurile în care emoția poate fi canalizată în terapie pentru a îmbunătăți funcționarea psihică și pentru a întări relațiile interpersonale. Numeroase vignete clinice le arată cititorilor cum să trezească, să identifice și să canalizeze emoțiile în terapie, utilizând, de asemenea, emoții pentru a dezvolta și a menține o alianță terapeutică eficientă.



PSIHOLOGIE
PSIHOTERAPIE

edituratrei.ro



ISBN 978-606-40-0743-8